



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Calidad de vida en la vejez

Autor/a: Alicia Iceta Navarro
Director/a: María Angustias Roldán

Madrid
2020/2021

Índice

Resumen y Abstract.....	3
Introducción.....	4
Objetivos y Metodología	7
Marco teórico.....	9
1. Calidad de vida.....	9
1.1 <i>Definición.</i>	9
1.2 <i>Dimensiones y variables de la calidad de vida.</i>	10
2. Envejecimiento y calidad de vida.....	13
2.1 <i>Definición.</i>	13
2.2 <i>Envejecimiento activo y calidad de vida.</i>	14
2.3 <i>Factores determinantes en la calidad de vida de los mayores.</i>	16
Discusión y conclusiones.....	18
Referencias	22

Resumen y Abstract

Resumen: ¿Qué influye en la calidad de vida y bienestar los últimos años de nuestra vida? ¿Cuáles son las variables que generan una calidad de vida y un bienestar “óptimo” en el envejecimiento? Responder a esta pregunta es el objetivo principal de este trabajo. Generalmente, ocurren determinadas situaciones que ocasionan en los mayores, una dificultad mayor para disfrutar plenamente de la vida. Ante estas situaciones, no abunda un plan de intervención que les favorezca, por lo que trataremos de enfocarnos en qué podemos cambiar en aquellos mayores que no tienen una buena calidad de vida, y que, en muchos casos, se sienten aislados socialmente. Además, en la actualidad vivimos un momento social determinante que afecta a mucho de ellos, lo cual determina que se trate en este proyecto.

Palabras claves: Envejecimiento, vejez, calidad de vida, bienestar, modelos explicativos, teorías, prevención, psicología, análisis, factores psicosociales, cultura, estereotipos, definición, concepto, tratamiento.

Abstract: What influences the quality of life and well-being in the last years of our lives? What are the variables that generate an "optimal" quality of life and well-being in aging? Answering this question is the main objective of this work. Generally, certain situations occur that cause in the elderly, a greater difficulty to fully enjoy life. Faced with these situations, there is not much of an intervention plan that favors them, so we will try to focus on what we can change in those elderly who do not have a good quality of life, and in many cases, feel socially isolated. In addition, we are currently living a social moment that affects many of them, which determines what this project is about.

Key words: Aging, old age, quality of life, well-being, explanatory models, theories, prevention, psychology, analysis, psychosocial factors, culture, stereotypes, definition, concept, treatment.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el ciclo vital como un *“proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”* (OMS, 2014, p. 58).

Antiguamente, las personas mayores, al ser un bajo porcentaje, no recibían la atención que merecía. Hoy en día, el número de mayores ha aumentado tanto que ha conseguido ser el foco de atención de muchos autores. Según el Instituto Nacional de Estadística el porcentaje de personas mayores este año, ha aumentado considerablemente con respecto al año pasado (INE, 2019).

En España, por una parte, se dispone de datos que recaba la Estadística del Padrón Continuo del 1 de Julio de 2019 llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Estos datos precisan que la cifra exacta de individuos mayores de sesenta y cinco años determinado en España en 2019 era de 9.179.404. Por otra parte, enlazando dichos datos con la disminución en las tasas de natalidad, y ajustándose al régimen demográfico de nuestro país, se señalan inclinaciones demográficas que desembocan en un contexto de bajas tasas de evolución y que decrecerá progresivamente durante las subsiguientes décadas (INE, 2019). En consecuencia, se puede contemplar el envejecimiento poblacional en España.

Asimismo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la proporción mundial de personas con una edad superior a sesenta años alcanzará cuantías que se aproximarán al 22% de la población mundial, llegando a duplicarse.

Con estos datos se demuestra que España es una sociedad envejecida. Es por esto por lo que resulta interesante abordar este estudio donde lo trascendental no es continuar con el aumento de la longevidad de la población sino restablecer y progresar, cualitativamente, en su bienestar y salud y, por consiguiente, en su calidad de vida.

Por ello, surge la necesidad, debido al evidente envejecimiento y cambio permanente que está teniendo la población, de destacar los estereotipos o creencias

negativas que se tiene con respecto al grupo de personas mayores, ya que influyen negativamente en la calidad de vida de estos.

Sin embargo, a pesar de la elevada población de mayores, se encuentran vigentes diversas creencias y estereotipos afianzados tanto por jóvenes (Montañés y Latorre, 2004) como por personas mayores (Chasteen, Schwarz y Parl, 2002). “*Las personas mayores son todas iguales*”, “*las personas mayores están socialmente aisladas, deprimidas y son complicadas de manejar*”, “*todos los mayores tienen un deterioro cognitivo elevado*” (Gázquez et al., p. 264). Estos son algunos de los estereotipos que están presentes hoy en día. Sin embargo, no se han evidenciado de forma empírica en aquellas investigaciones que realmente evalúan las modificaciones en la salud, habilidades funcionales etc., en personas mayores (Fernández-Ballesteros, 1992).

Además, Fernández-Ballesteros (1992) establece los estereotipos como falsas ideas que intervienen en forma de clichés en la proximidad a un fenómeno, grupo social u objeto.

A lo largo de estos años, las percepciones negativas y despectivas de la vejez, han ido aumentando, llegando a incidir en deterioro del individuo mayor desde diferentes enfoques como la cronológica, biológica, psicológica y sociológica.

Esta autora explica el estereotipo cronológico como un planteamiento de normas de edad donde compara el envejecimiento con la cantidad de años vivido, haciendo ver la discriminación que se genera debido a la edad, lo cual obstaculiza a las personas mayores en su felicidad plena y productividad completa.

Por otro lado, existen estereotipos relacionados con la personalidad donde la edad se asoció con cambios negativos en la autoestima, en el auto concepto, en un nivel más alto de pasividad etc. (Gázquez et al., 2009).

En cuanto al estereotipo biológico se aprecia la influencia ejercida por el mismo con respecto al declive. Se establece la vejez como una etapa vital repleta de enfermedades, dolencias, trastornos...y, en consecuencia, como fase necesitada de constante ayuda médica en residencias públicas o privadas de personas mayores u hospitales.

Asimismo, el estereotipo psicológico ha elevado el término de deterioro y declive de las capacidades psicológicas, atencionales, memorísticas, sensoriales, personales etc, llegando a potenciar el mito de la vejez como periodo de deficiente, mínima o inexistente creatividad, de alta ansiedad y depresión, de aislamiento... Los cambios cognitivos que suceden en etapa de la vejez han sido ciertamente establecidos, debatidos y examinados. A causa de esto, se encuentran diversidad de creencias negativas con respecto al aspecto cognitivo. No obstante, se debe tomar en consideración una nueva forma de inteligencia: la sabiduría (Fernández Ballesteros, 1999). El nivel de sabiduría incrementa en la medida en que las personas envejecen, ahora bien, se considera esencial recordar que gran parte de la sabiduría se corresponde con la experiencia vivida, por ende, las personas mayores se convierten en la parte más sabia de la población (Baltes y Staudinger, 1993).

Por último, el estereotipo sociológico ha tenido efecto habitualmente en el sentido de soledad, bajo rendimiento, desvinculación del mayor con respecto a los intereses públicos y sociales. En los últimos tiempos, la igualación de la vejez con la jubilación, por lo general disminuida en recursos económicos, ha agravado la percepción despreciativa que rodea a la persona mayor.

Cada persona mayor, desarrolla, desde lo psíquico y lo social, una nueva forma de vivir la vida lo más plena posible. Normalmente, en nuestra sociedad, se suele relacionar la vejez con problemas fisiológicos que impiden que los mayores realicen actividades que les permitan tener independencia y autogobierno. Además, la OMS afirma que la calidad de vida abarca factores subjetivos como su bienestar a nivel físico, psicológico y social pero también objetivos tales como bienestar material, la salud y buenos lazos con relaciones personales y con la sociedad.

Se considera interesante diferenciar entre la edad cronológica y la edad biológica para afrontar el presente trabajo.

La edad cronológica es estática y unidireccional, es decir, la que marca nuestro DNI y el tiempo que lleva nuestro organismo en funcionamiento. Este concepto está íntimamente relacionado con el modelo biológico, el cual actúa en contraposición al objeto de este trabajo. El modelo biológico se caracteriza por la dicotomía, es decir, o estás enfermo o estás sano, definiendo y determinando la salud como la ausencia de enfermedad, centrándose únicamente en lo biológico, sin prestar atención a la psicología

del paciente. En consecuencia, la calidad de vida viene determinada por la tasa de supervivencia, los signos y síntomas, y es establecida por el médico (Baeta, 2015).

Sin embargo, el modelo biopsicosocial se centra en la edad biológica. Se trata pues, de un concepto dinámico, continuo y bidireccional, es decir, la velocidad con la que uno va envejeciendo, donde lo psicológico y social influye en la salud de los individuos. El propósito de este modelo consiste en sumar vida a los años, no años a la vida, en concreto, atiende a la calidad de vida de un individuo con el fin de cumplir ese objetivo. Este modelo fue originado por Engel (1977) en el siglo XX. En este caso, se entiende la salud como un continuo relativo de bienestar físico, mental y social. A este respecto, la salud abarca más que únicamente la ausencia de enfermedad. Además, a diferencia del modelo explicado anteriormente, la calidad de vida se evalúa con la gravedad de los síntomas (dolor) y la subjetividad.

Tal y como se podrá observar a lo largo del presente trabajo, la subjetividad tiene un papel importante en la determinación de la calidad de vida. En base a esta subjetividad, se considera importante tener en cuenta el Modelo de Creencias de Salud planteado por un conjunto de expertos dirigidos por Hochbaum en los años cincuenta. Este modelo es una teoría desarrollada conforme a la valoración subjetiva de una expectativa concreta, lo cual explicaría las percepciones sobre la propia calidad de vida que pueden tener algunos individuos.

Así, se resume que la premisa del modelo se fundamenta en tres supuestos: *“la creencia o percepción de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración”*, *“la creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema”* y *“la creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable”* (Soto Mas et al., 1997, p. 338).

Objetivos y Metodología

Tal como se ha descrito previamente, identificamos una sociedad cada vez más envejecida, así como una población senescente a cada momento más apreciable. Este suceso podría reflejarse como éxito de la sociedad en la que vivimos, que alcanza y obtiene una mejora en la calidad de vida de la población a través de la disponibilidad de

servicios sanitarios y sociales. Por esta razón, es esencial centrarse en aquellos factores que contribuyen, no únicamente a vivir más tiempo, sino a vivir de forma óptima y satisfactoria en el transcurso de esta etapa de la vida.

En este trabajo se busca el análisis completo de las variables que pueden influir en la calidad de vida para conseguir un posible envejecimiento activo o exitoso.

A este respecto, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con el propósito de determinar el estado de la cuestión formulado en la perspectiva científica actual. Ha consistido en un análisis fundamentalmente inductivo, enfocado a la revisión descriptiva de la teoría y los modelos teóricos existentes con la finalidad de obtener una descripción general de la problemática objeto de estudio.

La revisión incluyó investigaciones empíricas publicadas, tanto cualitativas como cuantitativas, centradas en el estudio de la calidad de vida.

Esta metodología directa señalada, se ha llevado a cabo mediante la lectura detenida y analítica de todas las fuentes documentales analizadas que, en un primer momento y, de forma indiscutible, nos ha permitido un acercamiento necesario a la temática de este trabajo. En segundo lugar, se ha procedido al desbrozamiento de todo el caudal informativo estudiado, extrayendo del mismo todo lo pertinente para el estudio necesario y adecuado al enfoque del trabajo, mediante una tarea de ordenación informativa y documental conducente a una elaboración ordenada y comprensiva de nuestro tema a tratar.

Se han utilizado diferentes bases en esta revisión bibliográfica como Scielo, Google Académico, Dialnet, Psychinfo, Scopus y la herramienta de búsqueda online Discovery para la Universidad Pontificia Comillas, así como su base de datos. Dentro de estas plataformas se realizaron diversas búsquedas avanzadas aplicando distintos criterios con el fin de obtener una búsqueda más específica y concreta. Estas palabras fueron:

Envejecimiento, vejez, calidad de vida, bienestar, modelos explicativos, , prevención, psicología, factores psicosociales, cultura, estereotipos, definición, concepto, tratamiento.

Se ha hecho uso de un total de 30 artículos, los cuales permiten obtener información rica en contenido acerca de cómo influye la calidad de vida en el proceso de envejecimiento.

Marco teórico

1. Calidad de vida

1.1 Definición.

La calidad de vida surge como un nuevo concepto a finales de los años sesenta, en dos contextos científicos diferentes: sociopolítico y biomédico, reemplazando a los indicadores sociales más tradicionales como el bienestar, la salud desde la percepción de la enfermedad. En los últimos cincuenta años este concepto ha mostrado un enorme crecimiento en la literatura científica convirtiéndose en un concepto clave en las ciencias ambientales, sociales, médicas y psicológicas, así como en las políticas públicas y en la mente de la población en general (Fernández-Ballesteros, 2011).

Además, esta autora hace referencia al término “calidad” como un conjunto de atributos o características que pertenecen a un objeto particular, y “vida”, a un concepto de gran magnitud que involucra al ser humano. El principal problema reside en las diferentes perspectivas desde las que se puede analizar la calidad de vida, señalando significativamente su subjetividad, por lo que expone la importancia de que sea necesariamente un concepto multidimensional (Fernández-Ballesteros, 1998).

El término de “calidad de vida” está adquiriendo mucha relevancia en el panorama actual, debido al aumento de la esperanza de vida y, con ello, la preocupación por la calidad de vida en las personas mayores (Walker, 2009). Es por ello por lo que diferentes autores han propuesto una definición para este concepto.

Según la OMS, la calidad de vida es *“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”* (OMS, 2013).

Watanabe (2014) define la calidad de vida como una situación de satisfacción total, procedente del desempeño de las capacidades positivas de la persona. Cuenta con puntos de vista objetivos y subjetivos. En cuanto a la percepción subjetiva en el ámbito físico, psicológico y social incorpora como elementos subjetivos la privacidad, la eficacia y rendimiento personal, la expresión emocional, la fiabilidad y confianza de seguridad observada y la sanidad imparcial. Los términos objetivos que plantea este autor es la comodidad material, la correlación armoniosa con el entorno físico y social y con la sociedad, y la salud que se percibe de manera objetiva.

En términos generales, la calidad de vida hace referencia al conjunto de circunstancias que permiten alcanzar una vida placentera o apacible, así como procurar un nivel de gozo y beneplácito idóneo para la persona, fundamentalmente en el ámbito de la salud y en sus diferentes campos. Actualmente, el concepto “calidad de vida” se ha equiparado al de bienestar subjetivo, englobando juicio cognitivo y ánimo positivo y negativo (Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza, 2010).

Por último, tras una revisión de ochenta artículos Walker reveló que no existía un acuerdo entre numerosos autores sobre cuál sería la definición más adecuada para el concepto de calidad de vida. Este autor expuso la complejidad que existe entre los diferentes aspectos: objetivos, subjetivos, macrosociales, microindividuales, positivos y negativos que se plantean en el concepto de calidad de vida. Sin embargo, confirma que dada la multidimensionalidad de este término existe un acuerdo generalizado sobre la importancia de determinar cinco dimensiones para entender y determinar la calidad de vida (Walker, 2009).

1.2 Dimensiones y variables de la calidad de vida.

El concepto de calidad de vida es un término multidimensional, lo que significa que siempre debe entenderse en función de distintas dimensiones que determinan el nivel de calidad de vida. Este concepto está conformado por un conjunto de elementos subjetivos y objetivos de aspectos, tanto personales como ambientales o externos a él (Fernández Ballesteros y Santacreu, 2014).

A pesar de la dificultad para encontrar un consenso acerca de las dimensiones que componen la idea de calidad de vida, una cantidad significativa de autores y expertos coinciden en mencionar los siguientes: bienestar físico, bienestar social, bienestar

emocional y material y las actividades con respecto al ocio y crecimiento personal. Estos pueden dividirse en dos grupos: los que refieren a las circunstancias personales, como la salud y la capacidad funcional y los que se refieren al entorno o contexto como conceptos externos como las relaciones sociales (Fernández-Ballesteros y Santacreu 2014). Además, la naturaleza de los componentes de la calidad de vida puede analizarse desde una perspectiva objetiva, es decir a partir de datos directamente observables como los ingresos, el tamaño de la red social o la cantidad de enfermedad que se padezca; y desde una perspectiva subjetiva, esto es, las valoraciones de los individuos sobre determinados componentes como la satisfacción con respecto a los ingresos económicos, la percepción de la salud o la satisfacción con las relaciones sociales (Fernández-Ballesteros, 2011).

Por otro lado, se expondrán a continuación diferentes aspectos que componen o dan forma al concepto de calidad de vida en diferentes situaciones.

Tras numerosas investigaciones, Fernández Ballesteros (1998) determina la **salud** como la variable esencial o fundamental para determinar el nivel de calidad de vida. En el interior de esta variable podemos encontrar ciertos indicadores que afectan significativamente a la vejez.

Resulta principal distinguir la salud subjetiva (percepción de la propia salud) y la salud objetiva la cual indica los dolores, enfermedades y problemas crónicos que se pueden dar en la vejez. Esta autora hace hincapié en la edad del individuo ya que determina diferencias considerables en los parámetros que definen la salud objetiva. En cuanto avanza el ciclo de vida, a pesar de que la salud percibida no cambie notablemente, los individuos manifiestan más problemas crónicos, así como más dolores y trastornos mentales. Por otro lado, el género se considera un componente fundamental en la salud de la calidad de vida debido a la percepción negativa que obtienen sobre su salud sosteniendo, una peor salud mental y un aumento de los dolores crónicos (Fernández-Ballesteros, 1998).

Por otro lado, el **lugar de residencia** afecta significativamente en la calidad de vida. Se han realizado estudios para encontrar diferencias entre aquellos individuos que viven en residencias privadas o públicas y aquellos que viven en su domicilio habitual, puesto que el supuesto de vivir solo o con otras personas es un marcador relevante. En cuanto a la salud subjetiva (juicio del individuo sobre su propia salud), la salud mental y

la salud objetiva (enfermedades, nivel de peligro de las enfermedades, dolores), Fernández-Ballesteros (1998) encontró diferencias significativas entre aquellos que vivían en su residencia ordinaria y las residencias. Esta variable se encuentra relacionada con la **integración social** ya que, en gran parte, determinará la cantidad y calidad de relaciones sociales que dispongan los mayores conforme al lugar de residencia.

Con respecto a la última variable mencionada, la satisfacción con las relaciones sociales influye en la calidad de vida. Este parámetro mide, por un lado, la satisfacción que genera cada relación y por el otro, el número o cantidad de relaciones sociales que se mantienen. En este caso, Fernández- Ballesteros encontró diferencias entre los que viven en casa y los que viven en residencias, encontrándose los primeros más satisfechos que los últimos con respecto a la satisfacción de las relaciones sociales. Además, los que residen en su domicilio habitual tienen contacto habitual y constante con su familia, amigos y vecinos que los que permanecen en residencias públicas o privadas.

Además, la **posición socioeconómica** también resulta ser una variable fundamental para analizar el tipo de calidad de vida. Es necesario relacionar la economía de un sujeto con la educación, la profesión y la adecuación de los ingresos percibidos. Tanto la medición objetiva sobre la posición socioeconómica, como la percepción del individuo en torno a la categoría económica influyen en la calidad de vida (Choi et al., 2015). Adicionalmente, según Uphoff et al. (2013), la variable mencionada anteriormente (integración social), mantiene gran relación con la posición socioeconómica ya que estos autores afirman que el apoyo social facilitaría a aminorar el impacto negativo de la posición socioeconómica. Frecuentemente, las personas mayores son más propensas a tener menos recursos y una red social más pequeña, por lo que se reconoce el acompañamiento y apoyo social como un determinante social ya que ayuda a las personas a alcanzar su nivel físico y necesidades emocionales, reduciendo los efectos de eventos estresantes en el bienestar (Bryla et al.,2013).

Adicionalmente, la **calidad ecológica y medioambiental**. Existen diferentes parámetros para analizarlas, como el clima, el estado del aire y del agua, el suministro de energía, la forestación, las zonas verdes, el sol, los cubos de residuos existentes y accesibles en una ciudad y /o la proporción de población que recicle. Así mismo, es

significativo y sustancial cuantificar los servicios e instalaciones sanitarias disponibles. De la misma manera, el índice de seguridad afecta en la percepción de la calidad del medio ambiente en función de la incidencia de la delincuencia, suicidio, violencia pública, ruptura familiar etc., (Fernández-Ballesteros 1998; Brown et al. 2004).

Por último, desde hace pocos años, ha existido un considerable incremento en el interés respecto a la **espiritualidad y religión**, particularmente referente a la relación entre los términos mencionados y el bienestar psicológico y la salud mental (Bonelli y Koenig, 2013).

De acuerdo con Galán (2014), la creencia religiosa conduce a una influencia en el estado físico del propio individuo, al igual que Snyder (2000) destaca que la fe vinculada a la religiosidad podría ajustar o adaptar la actuación de los sistemas inmunológicos y endocrinos. Al mismo tiempo resalta que determinadas conductas orientadas a la religión podrían persuadir hacia comportamientos que potencien la salud y limiten la amenaza de enfermedad, como, por ejemplo, el consumo de tabaco y alcohol, la práctica de ejercicio etc.

Del mismo modo, la fe podría estar relacionada con sistemas mentales asociados a la habilidad de dar respuesta con una mayor competencia de afrontamiento frente a estados angustiosos y estresantes como las cuestiones de salud (Muris, y De Jong, 1993).

2. Envejecimiento y calidad de vida.

2.1 Definición.

La adecuada definición de envejecimiento debe contemplar las diferentes cuestiones científicas multidisciplinares ya que involucra la participación de tres esferas de gran alcance: la psicología, la sociodemografía y la biomedicina. Fernández-Ballesteros, Robine y Benetos (2019), sostienen que el envejecimiento es procedimiento prolongado, extenso y amplio y no lineal, resultado de una pluralidad de transacciones entre el organismo, actitudes y características individuales y las condiciones del medio ambiente, así como el determinante impacto de los factores socioculturales.

El envejecimiento es una cuestión expuesta a lo largo del ciclo vital desde el comienzo de la vida hasta la muerte. Pese a que es un fenómeno oído y común para todos, es complicado admitirlo como una realidad innata a todo ser. Así mismo, resulta complicado exponer una única definición para este fenómeno debido a la multitud de factores a los que hace referencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el “*proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales*” (Organización Mundial de la Salud, 2009, p.58).

2.2 Envejecimiento activo y calidad de vida.

El concepto envejecimiento activo planteado fundamentalmente por Rowe y Khan (1987) como un concepto ligeramente integrador. De acuerdo con estos autores esta clase de envejecimiento se distingue considerablemente de otros modelos constatados en los mayores, como, por un lado, el envejecimiento habitual o usual, determinando como envejecimiento “normal” aquellos mayores que carezcan de enfermedades identificadas y establecidas pero sumado de diversas pérdidas asociadas a la edad.

Los autores mencionados exponen en el modelo la relevancia de dividir las modificaciones patológicas de aquellos que podrían explicarse debido al envejecimiento en sí mismo. Por consiguiente, refieren diferentes maneras de envejecer: el envejecimiento patológico, el envejecimiento normal y el envejecimiento activo o con éxito. El envejecimiento patológico resultaría ser el resultado de múltiples enfermedades, trastornos, malas costumbres, etc.; el envejecimiento normal u ordinario sería aquel que provoca un declive biológico, social y psicológico; y, finalmente el envejecimiento activo o con éxito, hace referencia a la presencia de un desempeño físico y mental adecuado, la inexistencia o baja posibilidad de invalidez o enfermedad y la implicación dinámica y activa en actividades sociales.

El concepto envejecimiento activo o exitoso fue promulgado por la OMS a finales de siglo XX, con el propósito de informar de una manera más completa que el de

“envejecimiento saludable”. Se entiende por envejecimiento exitoso *“el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Más concretamente indica que es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia”* (OMS, 2002, p.79).

En concreto, el modelo explicativo expuesto por Fernández Ballesteros (Fernández-Ballesteros, 2019; Fernández-Ballesteros, Molina, Schettini y Santacreu, 2013) de envejecimiento con éxito; resultará de gran importancia con respecto al tema a tratar. Esta autora remite al término de envejecimiento exitoso o activo como un concepto multidimensional que abarca tanto la salud, como la funcionalidad, la intervención social y el afecto. Asimismo, sostiene que, en gran parte de las definiciones para envejecimiento activo, se plantean diversidad de elementos que se organizan en cuatro dominios: la salud y el ejercicio físico diario, el adecuado funcionamiento cognitivo y físico, el apoyo social positivo y control y la participación social y la adecuada dedicación.

Además, Fernández Ballesteros (2011) el envejecimiento exitoso se ha empleado como concepto similar al envejecimiento satisfactorio, productivo, óptimo y activo. Ahora bien, se denominan conceptos distintos. El envejecimiento satisfactorio se enfoca en la salud, el envejecimiento óptimo tiene como propósito la pertenencia social, el envejecimiento productivo tiene como objeto la aportación, implicación y compromiso social y el envejecimiento activo y exitoso hace hincapié en la dedicación por parte del sujeto en el fortalecimiento de su proceso de envejecimiento.

Tanto el envejecimiento activo como la calidad de vida encuentran relacionados entre ellos. Ambos se ocupan de la salud y con ella de los niveles de actividad y las capacidades funcionales; de las relaciones sociales y familiares, del bienestar emocional, y de los aspectos socioeconómicos y ambientales analizado objetiva y subjetivamente (Fernández Ballesteros, 2011).

A diferencia de la calidad de vida, el envejecimiento activo conlleva circunstancias individuales como el estado y la salud física, el óptimo funcionamiento

cognitivo, la satisfacción sobre la vida y la implicación social. Por el contrario, la calidad de vida abarca ineludiblemente elementos contextuales/ambientales como los valores culturales de la vida de los individuos (Fernández-Ballesteros, 2009).

Además, la OMS presentó la calidad de vida como una consecuencia del envejecimiento activo, aunque esta presunción no se ha experimentado ni constatado.

Según indica Martínez Rodríguez (2006) envejecer de manera satisfactoria es envejecer activamente, lo cual supone tres condiciones: envejecer ejerciendo un rol social, envejecer con bienestar y salud y envejecer con confianza y seguridad. Además de estos tres pilares, el significado que otorguemos al término “exitoso” también es de suma importancia. Se puede destacar que el concepto Exitoso manifiesta el planteamiento de la implicación de los individuos en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicas, sin hacer únicamente referencia a la capacidad física o laboral. Además, instaura una nueva modalidad de sociedad, en la cual los individuos tienen la posibilidad de envejecer, convirtiéndose en el personaje principal de su propia vida, actuando de manera activa y no como simples beneficiarios de materiales, servicios o asistencias. Así mismo, la vitalidad y energía de los individuos debe ajustarse a cada uno, respondiendo a la relevancia que tiene para cada uno. Por otro lado, consiste en un planteamiento comunitario, donde los mayores deben tener oportunidades para la participación plena, no únicamente de su ocio o en instituciones para mayores, sino cualquier ámbito o competencia referente a su comunidad.

El bienestar psicológico y la calidad de vida influyen en lo que se conoce como el “envejecimiento con activo”. Tanto es, que actúan como factores de protección ante la vulnerabilidad física y psicológica de los ancianos. Asimismo, hay valores personales específicos como la apertura al cambio que favorecen el bienestar, como mecanismos de entrenamiento y motivación para un buen desempeño del comportamiento (Noriega et al, 2017).

2.3 Factores determinantes en la calidad de vida de los mayores.

Cuando hablamos de calidad de vida de los mayores, se deben tener en cuenta, la intervención, tanto el enfoque subjetivo o factores internos del individuo, como el enfoque objetivo o factores externos al sujeto (Fernández-Ballesteros, 1998).

La variable central en la calidad de vida de la vejez es la salud, la cual abarca el deterioro cognitivo y la salud mental, el dolor corporal etc. Contribuyendo así en la teoría de Xavier et al (2013) y Elosúa (2010) ya que examinó cinco escalas de la calidad de vida para determinar de que modo afecta cada uno en el desarrollo de ésta. Observó que la salud definía, en términos generales, la calidad de vida de una persona por encima del resto de variables. Seguidamente continuaba la independencia, el acompañamiento o respaldo familiar y social, el tener la posibilidad de ejecutar actividades o tareas cotidianas y en último termino la continuidad de las actividades sociales.

De este modo, se adquieren conclusiones semejantes a la de Wilhelmson, Andersson, Waern y Allebeck (2005) los cuales sostienen que las relaciones sociales, la capacidad funcional y las actividades tienen el mismo impacto que la salud en la calidad de vida de las personas mayores.

Por otro lado, el estudio emprendido por Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas (2011) obtuvo como conclusión que la calidad de vida de las personas mayores se encuentra íntimamente asociada con el bienestar psicológico, el apoyo social, el estado de salud en general y el estado de salud mental y físico. Concretamente, Urzúa et al., expone que el sistema por el cual el apoyo social se vincula con la calidad de vida es, posiblemente, debido al sentimiento de satisfacción, por ejercer funciones sociales determinantes, y el de experimentar sentimientos de auto eficiencia, dominio y competencia social; tras la integración en la familia y en la comunidad, así como la conservación de las relaciones sociales activas. Del mismo modo, se concluía que al disponer de apoyo social podía reducir las eventuales situaciones angustiosas resultado del descenso en las capacidades. Por otra parte, se analizó que el apoyo social provocaría repercusiones satisfactorias sobre su salud y el bienestar.

Cuadra-Peralta, Medina y Salazar (2016) destacan que determinados investigadores averiguaron cuestiones cruciales de la calidad de vida como bienestar psicológico y visión positiva, disponer de salud y funcionamiento, interacciones sociales, entretenimiento, espacio en su entorno o vecindad y óptima condición económica e independiente. Al mismo tiempo, califican que las esferas mejor evaluadas de la calidad de vida generalmente constan de bienestar físico, competencia funcional, confidencialidad, autogobierno, autoestima, labor significativa y protección. En el caso de la salud física y mental, un análisis desempeñado por García, Carbonell y Delgado

(2010), afirman que la puesta en práctica de ejercicio físico reduce varios trastornos como la depresión y la ansiedad, lo cual, favorecería a una mejora del estado de salud y calidad de vida.

Discusión y conclusiones

El modelo biomédico guarda relación con la edad cronológica y se encuentra muy centrado en el concepto de enfermedad, poniendo poco foco en el concepto de salud como tal.

Los conceptos de salud y enfermedad son estados fijos e inamovibles y considerados dicotómicos (sano o enfermo). En estas condiciones, como se expuso anteriormente, se trata de sumar años a la vida tratando de aumentar la longevidad mediante la eliminación de síntomas para conseguir la misma, llegando a olvidar las consecuencias que pueden tener para el organismo un mal funcionamiento psicológico.

En este caso, a diferencia del modelo biopsicosocial, este modelo no cumple con los aspectos necesarios para tratar el tema en cuestión, ya que, tiene muchas limitaciones. Se trata de una curación muy limitada abarcando únicamente la salud como solución. A este aspecto, en contraposición al modelo biopsicosocial, ignora la influencia de determinadas situaciones vitales en la salud de las personas como factores sociales, psicológicos... por lo que no consta de un correcto enfoque en relación con el envejecimiento y calidad de vida ya que no reconoce la flexibilidad de las respuestas biológicas por la acción de variables de índole social y psicológica puesto que, en gran parte, lo que expresan los genes dependen del ambiente y del estilo de vida.

En cuanto al modelo biopsicosocial, en lugar del concepto de edad cronológica, se asume el concepto de la edad biológica. A tal efecto, la salud es un proceso determinado por la edad biológica. Además, tanto la salud como la calidad de vida se consideran conceptos dinámicos y determinados, no solo por el paso del tiempo, sino por los factores biopsicosociales.

Al analizar la definición de calidad de vida, se contempló la ausencia de una descripción detallada y específica que demuestre un consenso entre los autores. Sin embargo, se coincidió principalmente en su multidimensionalidad. Esta

multidimensionalidad aparece tras el estudio de factores objetivos y subjetivos que eran incapaces de establecerse de forma fija para todos los individuos.

Asimismo, los estereotipos que tiene la sociedad sobre el grupo de mayores influyen negativamente en ellos. En la actualidad, tanto los jóvenes como los propios mayores conciben la vejez como un proceso de deterioro y pérdida de facultades. Estos estereotipos o creencias negativas consiguen reforzar actitudes que incapacitan a los mayores.

No obstante, con el fin de medir y determinar la calidad de vida, se destacan cinco dimensiones. El bienestar físico, bienestar social, bienestar emocional y material y las actividades con respecto al ocio y crecimiento personal. Estas dimensiones son expuestas por gran parte de los autores por lo que se entienden como las más importantes y clarificadoras.

Tras la revisión exhaustiva en el presente trabajo, según las principales variables que influyen en la calidad de vida como la salud, la posición socioeconómica, el lugar de residencia, la calidad medioambiental del lugar en el que se reside, la religión etc., se han identificado limitaciones considerables que dificultan a las personas mayores en la obtención de una calidad de vida objetivamente satisfactoria, sin olvidar la importancia de las percepciones subjetivas de cada individuo que podrían modificar lo que se está estableciendo como dificultad.

En relación con la salud, las enfermedades crónicas o un elevado nivel y número constante de dolores repercutiría en la calidad de vida. Estas circunstancias tienen un impacto negativo en el individuo ya que su capacidad de autogobierno disminuiría y por tanto la dependencia sería mayor, factor que obstaculiza de manera significativa en la calidad de vida. Además, en relación con la integración social, resultaría de gran impedimento para relacionarse con los iguales ya que, comúnmente no se tendría facultad o capacidad para seguir el ritmo de un individuo plenamente sano. Resulta evidente a la vez que necesario determinar la falta de calidad de vida en el caso de que las relaciones sociales fuesen precarias ya que la falta de apoyo social aumentaría e influiría considerablemente en el individuo, tanto por la falta de actividad con los iguales como por la falta de atención social.

En base a lo estudiado anteriormente, se considera un límite notorio la diferencia entre vivir en tu residencia habitual y vivir en residencias públicas o privadas. Normalmente, las personas que viven en una residencia pierden contacto social y, por lo tanto, descienden sus relaciones sociales. Tanto las actividades como las relaciones sociales son aspectos fundamentales para obtener, lo que se conoce, como una calidad de vida adecuada. La interacción con familiares, amigos o vecinos generan un impacto positivo en el individuo ya que la satisfacción con respecto a las relaciones sociales incrementaría.

Por otro lado, el ingreso económico contribuye en una buena calidad de vida. En este caso se deberían tener en cuenta las variables anteriormente mencionadas, ya que, a pesar de tener una buena posición socioeconómica, si la salud o la integración social no repercuten positivamente en el individuo, los recursos entre unos individuos y otros difícilmente marcarán diferencias significativas. Sin embargo, en esta última etapa de la vida, en el caso de que se disponga de una buena salud objetiva, mental y subjetiva y una adecuada integración social; habitualmente obtener ingresos económicos permitirían una jubilación más satisfactoria y con ello el reforzamiento con éxito del ocio.

Del mismo modo, la calidad medioambiental resulta ser una variable muy importante. Por ello, tras las investigaciones estudiadas de diversos autores, se considera fundamental tener en cuenta la subjetividad. En tales circunstancias, el sol, la forestación, el aire, el tiempo influyen mucho en esta variable, por lo tanto, dependería en gran medida de la percepción o creencia que tenga el individuo sobre cuál es el medio ambiente ideal.

Como prospectiva de este trabajo resultaría interesante fomentar en la sociedad un apoyo o perspectiva positiva frente al grupo que se ha estudiado. Como se ha expuesto, los estereotipos negativos que se encuentran presentes actualmente influyen negativamente en la calidad de vida de los mayores. Tras estas creencias los propios mayores afianzan los estereotipos y aparecen factores psicológicos que realmente no tendrían por qué estar presentes en el envejecimiento, como una baja autoestima, la creencia negativa que consideran que los demás tienen sobre ellos etc. Además, los estereotipos negativos fomentan que el entorno del individuo mayor refuerce aquellas conductas que “consideran” que éstos no pueden desempeñar estableciendo y construyendo así, un ciclo el cual genera el declive en el envejecimiento.

Por otro lado, las residencias podrían proponer diferentes programas que permitiesen que los mayores se encontrasen más cercanos a su grupo social. La falta de contacto con sus redes sociales y familiares dificulta enormemente la calidad de vida por lo que podría ser importante el fomentar en los Ayuntamientos actividades sociales para mayores fuera de las residencias públicas o privadas, así como ayuda a las familias para acceder a esas residencias ya que, en muchos casos, el grupo social del individuo residente en las residencias es del mismo grupo, lo cual dificulta la comunicación.

Además, la seguridad en los barrios donde se viva conduce a una adecuada calidad de vida. La ausencia de delincuencia o la disponibilidad de servicios sanitarios es necesaria para una comodidad que oriente a una buena calidad de vida.

Como se ha explicado anteriormente, el envejecimiento no tiene una definición exacta. Sin embargo, tanto este concepto como la calidad de vida coinciden en los temas que ocupan. La salud, las capacidades funcionales del individuo, las relaciones sociales y familiares, el bienestar físico y emocional y los aspectos socioeconómicos y ambientales son las principales cuestiones que se han analizado. No obstante, el envejecimiento suele hacer referencia a características particulares del individuo como la salud física, el funcionamiento cognitivo... mientras que la calidad de vida tiene en cuenta aspectos ambientales.

Resulta fundamental al explicar el envejecimiento, reflexionar sobre el envejecimiento activo. Generalmente se entiende por envejecimiento activo como la puntuación positiva de todas las variables mencionadas anteriormente. Desempeñar un rol social, envejecer con buena salud, bienestar, convicción y seguridad resulta crucial para envejecer óptimamente. Este concepto destaca el compromiso y participación de los individuos en cuestiones sociales, económicas, culturales y espirituales.

Existen factores determinantes en la calidad de vida de los mayores. Diferentes autores manifiestan diversos componentes que predominan sobre los demás. Sin embargo, la variable que más se destaca por su relevancia es la salud. Como se ha explicado anteriormente, la salud es predominante frente a las demás variables ya que determinará en cualquier medida todas las demás.

La principal limitación de este estudio es que la selección de idioma (español e inglés) supondrá un sesgo cultural que disminuye la visión global del tema abordado. Además, se centra en la revisión de artículos y estudios anteriores por lo que podría ser una limitación para mejorar en futuros estudios.

Pese a estas limitaciones, el estudio cumple con el objetivo principal de identificar si la calidad de vida influye en el envejecimiento. La revisión que se ha llevado a cabo reúne los aspectos más importantes para tener en cuenta qué se podría mejorar para obtener una calidad de vida óptima.

Referencias

- Baeta, M. (2015). Cultura y Modelo Biomédico: Reflexiones en el proceso de Salud-Enfermedad. *Forum Comunitario*, 13(2), 81-83.
- Baltes, B., y Staudinger, M. (1993). The search for a psychology of wisdom. *Current directions in psychological science*, 2(3), 75-81.
- Brown, J., Bowling, A., y Flynn, T. (2004). Models of quality of life. A taxonomy and systematic review of the literature. Sheffield: European Forum on Population Ageing Research/Quality of life. Dept of Sociological Studies.
- Bryła, M., Burzyńska, M., y Maniecka-Bryła, I. (2013). Self-rated quality of life of citydwelling elderly people benefitting from social help: results of a crosssectional study. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 1-11.
- Chasteen, A.L., Schwarz, N. y Park, D.C. (2002). The activation of aging stereotypes in younger and older adults. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 57(6), 540-547.
- Choi, Y., Kim, J., y Park, E. (2015). The effect of subjective and objective social class on health-related quality of life: new paradigm using longitudinal analysis. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 1-11.
- Cuadra-Peralta, A., Medina, F.E. y Salazar, K.J. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de arica. *Revista interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 11(35), 56-67.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: the differential conditions. *Psychology in Spain*, 2(1), 57-65.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Quality of life in old age: Problematic issues. *Applied Research in Quality of Life*, 6(1), 21–40.
- Fernández-Ballesteros, R., y Santacreu, M. (2014). Quality of life: Problematic issues. En C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of quality of life research* (pp. 5363–5371). Springer.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. y Benetos, A. (2019). Introduction: Some traits about this Handbook of Successful Aging. En R. Fernández-Ballesteros, A. Benetos y J. Robine (Ed). *The Cambridge Handbook of Successful Aging* (pp.1-5). Cambridge.
- Fernández-López, J.A et al. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Esp Salud Pública*. 84(2), 169-184.
- Gázquez, et al. (2009). Old-age related to gerontology education: an intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 263-273.
- Martínez Rodríguez, T. (2006). Envejecimiento activo y participación social en los Centros Sociales de Personas Mayores. *Serie Documentos Técnicos de Política Social*, (17). 47-61
- Noriega, C., Velasco, C., Pérez-Rojo, I., Carretero, I., Chulián, A. y López, J. (2017). Calidad de vida, Bienestar Psicológico y Valores en Personas Mayores. *Revista Clínica Contemporánea* 8(1), 1-13.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37 (2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Envejecimiento y salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 23 (4811), 143-149.
- Santacreu, M., Bustillos, A., & Fernandez-Ballesteros, R. (2016). Multidimensional/ multisystems/ multinature indicators of quality of life: Cross-cultural evidence from Mexico and Spain. *Social Indicators Research*, 126(2), 467-482.
- Soto Mas, F., Lacoste Marín, J. A., Papenfuss, R. L., y Gutiérrez León, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista española de salud pública*, 71(4), 335-341.

- Uphoff, E. et al. (2013). A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International journal for equity in health*, 12(1), 1-12.
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., y Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista Médica de Chile*, 139(8), 1006-1014.
- Walker, A. (2009). Commentary: The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of aging & social policy*, 21(1), 75-93.
- Walker, A., & Lowenstein, A. (2009). European perspectives on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 6(2), 61-66.
- Watanabe, B. Y. A. (2014). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.