

# **Calidad de vida: un marco de referencia en la intervención con personas mayores**

*José Ramón Navarro Bragado*

*txerra666@yahoo.es*

*Tutora: M<sup>a</sup> del Carmen Sainz*

*Master en Intervención en calidad de vida de personas mayores*

*Curso 2006-2008*

# Índice

<b>1. Exposición de la investigación</b>	
1.1. Resumen / Abstract	<i>Pág. 3</i>
1.2. Introducción	<i>Pág. 4-5</i>
1.3. Justificación de la investigación	<i>Pág. 6-9</i>
1.4. Fundamentación teórica	<i>Pág. 9-16</i>
1.5. Hipótesis	<i>Pág. 17</i>
1.6. Diseño de la investigación	
A. Metodología	<i>Pág. 17-19</i>
B. Instrumentos y técnicas de recogida de datos	<i>Pág. 19-21</i>
1.7. Análisis e interpretación de datos	<i>Pág. 21-74</i>
1.8. Conclusiones y propuestas	<i>Pág. 75-79</i>
1.9. Bibliografía	<i>Pág. 80-84</i>
1.10. Anexos	<i>Pág. 85-130</i>
<i>“Vivir mejor más allá de los 50: Guía para la promoción de estilos de vida saludables”</i>	

# 1. EXPOSICIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

## 1.1. RESUMEN /ABSTRACT

### **Resumen.**

*El espectacular incremento en la esperanza de vida alcanzado en nuestras comunidades con relación a décadas pasadas ha derivado en un creciente interés en cómo podemos promover una vejez más saludable y en cómo envejecer con mayores niveles de calidad de vida. Al mismo tiempo, los estereotipos negativos sobre la vejez y el envejecimiento están dando paso a una visión positiva de esta etapa, pasando de definir la vejez en términos de pérdidas al concepto de “envejecimiento exitoso”. Envejecer con calidad de vida es un reto para los servicios sociales, los profesionales y las propias personas mayores. Sin embargo, el concepto “calidad de vida” es complejo y difícil de conceptualizar, constatándose una falta de consenso sobre qué significa calidad de vida en personas mayores. Si queremos impulsar iniciativas para el fomento de un envejecimiento con más calidad de vida es preciso establecer un marco conceptual de la noción de calidad de vida que nos sirva de referencia.*

**Palabras clave:** calidad de vida, envejecimiento exitoso, bienestar, buen envejecer, envejecimiento.

---

### **Abstract.**

*The substantial increase in life expectancy achieved in our communities in relation to previous decades has led to a increasing interest in how we can promote a healthier old age and how we can age with greater levels of quality of life. At the same time, the negative stereotypes about old age and ageing are given way to a positive view on this stage, shifting from portraying old age in terms of losses to the notion of “successful ageing”. Getting old with quality of life is a challenge for social services, professionals and elderly people themselves. However, the “quality of life” concept is complex and difficult to conceptualize, verifying a lack of consensus on what means quality of life in elderly people. If we want to promote initiatives to boost quality of life in ageing is essential to stablish a conceptual framework of the quality of life notion that acts as a guide.*

**Keywords:** quality of life, successful ageing, wellbeing, ageing well, ageing.

## 1.2. INTRODUCCIÓN

En una época en la que todo lo relacionado con las personas mayores ha adquirido una relevancia considerable debemos entender la vejez como una etapa más de nuestro ciclo vital. Este periodo de la vida de las personas, con entidad y objetivos propios, se ha constituido, con el empuje de diversas disciplinas científicas cercanas al tema, en una etapa de crecimiento personal y realización. Ello ha dado lugar a un nuevo paradigma sobre el envejecimiento, que en los últimos años se ha ido abriendo paso entre los profesionales de las distintas áreas relacionadas con los mayores. Este nuevo enfoque, en contra de lo que durante años se había establecido, apuesta por una visión positiva de esta etapa del ciclo vital. Es lo que se ha venido en llamar envejecimiento satisfactorio o envejecimiento exitoso (successful ageing). Según este nuevo paradigma, una mayor expectativa de vida debe ir acompañada, en palabras de la Organización Mundial de la Salud, de oportunidades continuas de autonomía, salud, productividad y protección, traduciéndose todo ello en una mejora de la calidad de vida de la población mayor. Este nuevo enfoque, desde una perspectiva de ciclo vital, otorga una parte importante de responsabilidad al individuo en lo que se refiere a los patrones y la calidad de su propio envejecer.

Uno de los objetivos de las políticas sociales y sanitarias destinadas a las personas mayores es la promoción de su calidad de vida, de su bienestar. No basta con vivir más, es preciso vivir mejor, con mayores niveles de bienestar, con una mayor calidad de vida. Este mismo mandato, la promoción de la calidad de vida de nuestros mayores, es uno de los objetivos de aquellos que trabajamos con y para las personas mayores. En el quehacer diario, y con la finalidad de mejorar nuestras intervenciones y sus resultados, también nos preguntamos al evaluar nuestros proyectos cómo podemos hacerlo mejor. Surge así la necesidad de investigar y reflexionar, de forma continua, sobre el trabajo realizado de tal manera que los programas y proyectos sean sometidos a una revisión permanente que haga de nuestras propuestas de intervención proyectos no sólo de calidad, sino lo que es más importante, proyectos para el fomento de la calidad de vida de aquellos que toman parte y son sus beneficiarios.

Inquietudes personales y también profesionales me han llevado a preguntarme sobre el protagonismo que las personas, no sólo los mayores, podemos asumir en la consecución de un buen envejecer, con calidad de vida, satisfacción personal y con mayores niveles de

actividad y de independencia. Al mismo tiempo me he preguntado sobre qué podemos hacer desde nuestro trabajo diario con personas mayores para contribuir a mejorar la calidad de su envejecer, o lo que es lo mismo, la calidad de su vida en esta etapa del ciclo vital.

Esta inquietud en el ámbito profesional, de reflexión y mejora sobre el trabajo que día a día realizamos me ha llevado, entre otras cosas, a matricularme en el *Master en Intervención en calidad de vida de personas mayores* de la UNED. Pero también me ha llevado a revisar, como consecuencia de las actividades y reflexiones vinculadas a este Master, los programas y proyectos que anualmente el equipo de la Fundación Patronato Europeo del Mayor-PEM llevamos a cabo en Cantabria para las personas mayores. Si bien todas las intervenciones recogen, implícita o explícitamente, entre sus objetivos la mejora de la calidad de vida, ninguna de ellas, en su fundamentación y justificación, alude a qué entendemos por “*calidad de vida*” cuando hablamos de personas mayores, cuál es el alcance y aplicaciones de la misma.

La confusión terminológica en torno a la calidad de vida ha llevado a un uso desmedido y abusivo del término, llegando a convertirse en un concepto ambiguo, casi sin contenido, sobreutilizado. Damos por hecho que cualquier intervención, actividad, proyecto,...en el que tomen parte personas mayores conlleva la promoción de su bienestar. Y no estamos desencaminados. De hecho el envejecimiento, como proceso individual, es un concepto a la vez social y comportamental, lo que implica que a priori existe la posibilidad de que el individuo pueda intervenir activamente en su propio proceso de envejecer, haciendo de éste una experiencia más positiva, con mayores niveles de bienestar. A su vez, el ambiente, las condiciones socioeconómicas, los patrones culturales,...influyen y determinan las formas de envejecer y la calidad del proceso. En consecuencia, es de suponer que un conocimiento más profundo sobre la calidad de vida y las dimensiones a las que está vinculada y la determinan orientará nuestras intervenciones con personas mayores, haciendo que sean más eficientes, más exitosas, de más calidad y con mayores niveles de satisfacción de aquéllos que se beneficien de ellas.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

*Qué se pretende.*

La calidad de vida se ha convertido en un objetivo prioritario de las políticas sociales destinadas a cualquier colectivo social, también las dirigidas hacia el colectivo de personas mayores. En esta misma dirección apuntan las diversas resoluciones, recomendaciones e instrumentos fruto de los eventos que a nivel internacional han centrado su atención en el envejecimiento poblacional, las personas mayores y los retos que aquél plantea, como el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento (Madrid, 2002). El objetivo común de mejorar los niveles de bienestar de nuestros mayores también es compartido y recogido en las diversas iniciativas que a nivel profesional estamos llevando a cabo en Cantabria desde la Fundación Patronato Europeo del Mayor-PEM, siendo conscientes que la participación en cualquiera de estas intervenciones ayudará a los beneficiarios, en mayor o menor medida, a mejorar su calidad de vida.

Si bien con el paso de los años la salud de los mayores suele ser más frágil, presentando enfermedades asociadas al envejecimiento, esto no es obstáculo para que logren niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social que se traducen en una buena calidad de vida. Evidentemente los patrones de envejecimiento varían de unos individuos a otros, envejeciendo unos en mejores condiciones que otros, con una mejor calidad de vida en definitiva. Entonces, ¿cuáles son los criterios o las variables que nos permiten juzgar la calidad de vida de las personas y que nos permiten etiquetar como “satisfactorios” ciertos modos de envejecimiento?

Asimismo, al preguntarnos en un contexto dado por qué unas personas envejecen con mejores niveles de bienestar que otras surge irremediamente la pregunta relativa a qué papel juega el individuo en todo ello. ¿Es posible intervenir sobre los patrones de envejecimiento de tal forma que la mayor expectativa de vida vaya acompañada de una mayor calidad de vida? Y de ser esto así, ¿qué implicaciones prácticas se derivan de todo ello? ¿Sería posible trasladar el concepto de calidad de vida a la planificación de programas y proyectos para la promoción del envejecimiento satisfactorio basados en la calidad de vida?

La pretensión de llevar a cabo esta investigación sobre el concepto de calidad de vida y su aplicación al ámbito de las personas mayores está estrechamente vinculada con inquietudes de carácter personal y profesional relacionadas con la promoción de un buen envejecimiento, como uno de los objetivos de los programas o líneas de trabajo de la Fundación PEM. Pero paradójicamente dichos programas carecen de un marco de referencia sobre calidad de vida que oriente las intervenciones.

Muchas de las investigaciones en el ámbito de las personas mayores han centrado su interés en los factores que afectan a la calidad de vida de aquéllos, en la medida que ésta se convierte en un indicador de envejecimiento satisfactorio. Pero tras un primer acercamiento a la bibliografía sobre el concepto de “*calidad de vida*” he podido constatar que se trata de un constructo ambiguo y difícil de definir, en torno al cual no existe consenso sobre sus dimensiones, sus indicadores y que es complejo a la hora de ser evaluado de forma sistemática. Si bien es un término de relativo uso cotidiano entre la población debemos reconocer que se ha terminado por convertir, también en el entorno de los profesionales que trabajamos con personas mayores, en un término utilizado de forma indiscriminada, rara vez sometidos a reflexión tanto su significado como su alcance.

La investigación llevada a cabo en el marco del *Master en intervención en calidad de vida de personas mayores* se ha centrado en dos aspectos:

- En el estudio teórico del concepto de calidad de vida vinculado a las personas mayores.
- En las posibilidades de intervenir sobre aquellas dimensiones e indicadores que nos permiten juzgar y medir dicha calidad de vida y consecuentemente etiquetar ciertos patrones de envejecimiento como “exitoso”, “competente” o “satisfactorio”. En todo caso, sinónimos de una vida de calidad vinculada a esta etapa vital.

Para ello he llevado a cabo una amplia revisión bibliográfica sobre el concepto de calidad de vida y sus implicaciones prácticas.

*Para qué.*

Estas reflexiones en torno al bienestar de las personas mayores me han llevado a plantear una investigación sobre qué es la calidad de vida de las personas mayores y qué es lo que la determina. A partir de aquí el objetivo ha sido identificar o establecer aquellas dimensiones sobre las que el individuo puede intervenir para ser promocionadas, mejoradas, aportando calidad a su envejecer. Esto nos permitirá aplicar este marco de referencia a nuestras intervenciones futuras en el ámbito profesional con una doble finalidad:

- Para mejorar la calidad y eficiencia de las intervenciones dirigidas a las personas mayores así como el grado de satisfacción de aquéllos.
- Para mejorar la calidad de vida de los beneficiarios de esas intervenciones.

Como aplicación práctica de la investigación el objetivo que me he propuesto ha sido doble:

⇒ Por un lado, *enriquecer* el programa de actividades de la Fundación PEM, incluyendo una propuesta de intervención social cuyo objetivo es fomentar entre las personas mayores de 50 años estilos de vida más saludables, y para la que he tomado como referencia los resultados obtenidos tras la investigación. En concreto, y partiendo de que la salud es la dimensión de la calidad de vida que más valoran las personas mayores, he diseñado una guía de pautas y consejos para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores con el objetivo de complementar los talleres de hábitos saludables que de forma regular realizamos en colaboración con organizaciones de mayores de Cantabria. Esta guía ha sido estructurada en torno a 5 módulos independientes, de tal forma que pueda ser editada en un único documento o en un documento por cada uno de los módulos. Así, la guía, que lleva por título “***Vivir mejor más allá de los 50. Guía para la promoción de estilos de vida saludables***”, incluye los siguientes apartados:

**MÓDULO 0.** *Importancia de la promoción de estilos de vida saludables.*

**MÓDULO 1.** *Alimentación y salud...una pareja inseparable.*

**MÓDULO 2.** *Ejercicio físico. Un hábito de lo “+” saludable.*

**MÓDULO 3.** *Relaciones sociales y participación: que la edad no te jubile de la vida.*

**MÓDULO 4.** *Aprendizaje: conserva tu mente activa con el paso de los años.*

**MÓDULO 5.** *Otros factores que contribuyen a que nuestro estilo de vida sea más saludable:*

- *El tabaco y el alcohol merman tu calidad de vida.*
- *Sueño y descanso: dormir bien....qué bien nos hace sentir.*
- *Prevención de caídas y lesiones: toma tú la iniciativa.*
- *Medicación: haz un uso racional de los medicamentos.*
- *Revisiones médicas y pruebas regulares: la ITV de nuestro cuerpo.*

⇒ Por otro lado, *contribuir* desde el ámbito profesional a que la meta de envejecer satisfactoriamente sea un objetivo cada vez más realista para cualquier persona, tanto para la que está ya inmersa en esta etapa del ciclo vital como para aquéllas que están a sus puertas y la ven con relativa proximidad.

*Cómo se conseguirá.*

Como ya hemos dicho el objetivo de esta investigación ha sido elaborar un marco teórico, de referencia, sobre el concepto “*calidad de vida*” que sirva de guía y oriente nuestras intervenciones con personas mayores. En ese sentido la investigación tiene un carácter práctico o instrumental, ya que nos permitirá mejorar la labor diaria en el ámbito profesional. Para conocer qué es la calidad de vida, sus dimensiones e indicadores más relevantes, poder determinar las posibilidades de intervención sobre los patrones de envejecimiento y aplicar los conocimientos obtenidos a la planificación de programas y proyectos de intervención con personas mayores, he llevado a cabo una investigación descriptiva y dentro de ésta una investigación documental con carácter informativo o expositivo. Como tal ofrece una panorámica sobre la información relevante de diversas fuentes en torno al concepto de calidad de vida.

#### **1.4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

*Envejecimiento poblacional: un reto para las comunidades e individuos.*

El envejecimiento poblacional es un *fenómeno social*, siendo considerado, a nivel mundial, uno de los fenómenos más destacados de los últimos años. El cambio en la distribución de los grupos de edad va asociado a un mayor desarrollo de las sociedades, donde las condiciones sociosanitarias, fruto de los avances de las ciencias de la salud, y las mejores condiciones ambientales, han hecho que las personas vivan más y en mejores condiciones. El espectacular

incremento de la esperanza de vida tiene su origen en la mejora de la calidad de vida, y va paralelo a la caída en el índice de fecundidad de las comunidades. Siendo esto así, el envejecimiento de la población ha sido considerado uno de los mayores logros de la humanidad, a la vez de ser, a día de hoy, uno de sus mayores desafíos, ya que impone grandes exigencias económicas y sociales a los países. En este sentido la Organización Mundial de la Salud-OMS afirma que podemos permitirnos envejecer siempre y cuando los países, las regiones y las organizaciones promuevan políticas y programas que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad. Este aumento espectacular de las personas de edad y de la expectativa de vida ha derivado en un cada vez mayor interés por la situación de los mayores. Esto forma parte de un proceso de toma de conciencia a nivel mundial en relación al envejecimiento de las comunidades y los consiguientes desafíos que ello conlleva en el plano económico, social, político y cultural, hasta el punto de que progresivamente el tema se ha ido instaurando en las agendas de los gobiernos (CELADE, 2006).

En el caso de nuestro país, y en particular en el contexto más próximo, Cantabria, no somos una excepción a esta tendencia generalizada. La mayor expectativa de vida y el incremento de la población mayor son realmente significativos. Los datos recogidos en el Padrón 2007 revelan cómo los mayores de 65 años en nuestra Comunidad Autónoma representan el 18,57 % sobre el total de la población de la región, cifra que se sitúa por encima de la media nacional, que es del 16,66 %. Esto se traduce en un importante número de mayores de 65 años, de los que el 58,56 % son mujeres, poniendo de manifiesto lo que se ha dado en llamar “feminización del envejecimiento”. A su vez, los mayores de 80 años representan ya el 30 % del total de población mayor de 65 años de Cantabria, siendo especialmente llamativo el caso de las mujeres, que son el 66,53 % de todos los mayores de 80 años.

Además de ser un fenómeno social, el envejecimiento es un *proceso individual y natural* que se da en los distintos planos de la persona y que afecta de forma desigual a cada uno, presentándose una gran variabilidad en la forma de envejecer de los individuos. Por ello, a la hora de hablar de las características de las personas durante esta etapa de la vida debemos destacar su gran heterogeneidad, ya que cada persona envejece de manera diferente. El envejecimiento es a su vez un *proceso progresivo*, dado que los cambios que lleva asociados no se presentan de forma repentina, al mismo tiempo, por el hecho de que una persona

alcance un cierto límite de edad o por que cambie su situación laboral una vez llegada la jubilación. Es un proceso que no tiene un claro comienzo, hasta el punto de que es posible afirmar que acaece a lo largo de toda la vida del sujeto. Si bien desde el punto de vista cronológico la vejez se inicia a la edad de 65 años con la jubilación, debemos admitir que las mejoras en las condiciones de vida, que se han traducido en que las personas lleguen a esta edad en óptimas condiciones físicas, psíquicas y de autonomía, nos dan una imagen de las personas de edad que nada o poco tienen que ver con la imagen que tradicionalmente hemos tenido de los mayores. Progresivamente ha ido surgiendo una nueva perspectiva de este colectivo, que va dando lugar poco a poco, a pesar de estereotipos aún por superar, a una nueva cultura sobre el envejecimiento.

Vivir más es un logro social muy positivo. Nos debemos congratular por el hecho de que la esperanza de vida aumenta progresivamente y porque la mayor parte de nuestros mayores vive esta etapa vital con buenos niveles de autonomía y una aceptable salud y bienestar. No obstante, no es menos cierto que este aumento de la población mayor, y particularmente de las personas de más de 80 años, lo que se ha venido en llamar “*envejecimiento del envejecimiento*” o “*cuarta edad*”, determina que aumenten el número de aquellos que, por sufrir algún tipo de limitación, precisan ayuda para llevar a cabo su vida diaria. Se ha constatado que el aumento de la esperanza de vida va acompañado de un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes, de síndromes y trastornos que van asociados a dependencia. En el año 2004 en Cantabria, según la Dirección General de Políticas Sociales, cerca del 30 % de la población mayor de 65 años tenía algún grado de dependencia, si bien su distribución entre las 4 áreas sociosanitarias en las que está dividida la región era muy diferente (Área I, Santander: 26,58 %; Área II, Laredo: 25 %; Área III, Reinosa: 38,60 %; Área IV, Torrelavega: 29,58 %).

Es un hecho que el incremento de la esperanza de vida no conlleva necesariamente calidad de vida y “una población envejecida implica una alta probabilidad de que se vivan más años con discapacidad” (Fdez. Ballesteros 2002), viéndose así afectada la calidad de vida del mayor. No obstante se puede apreciar un cambio en los patrones de enfermedad en las personas mayores, de tal forma que la discapacidad solamente se concentra en unos pocos años al final de la vida. Es por tanto predecible que las personas vivan un cierto número de años con dependencia. Por ello uno de los grandes retos que plantea el envejecimiento poblacional a

los gobiernos, a las comunidades, a las familias, a los propios mayores y también a los profesionales que trabajamos en el ámbito de la vejez y el envejecimiento, es aumentar la esperanza de vida con calidad de vida, añadir vida a los años, reduciendo en consecuencia el coste social, familiar y personal vinculado a la dependencia. Esto supone, entre otras medidas, la adopción de estrategias de promoción de estilos de vida saludables desde un enfoque de ciclo vital. El objetivo es fomentar el envejecimiento con calidad de vida implicando activamente a los individuos en la calidad de su propio proceso de envejecer. A ello habría que añadir, como otro de los grandes desafíos que el envejecimiento plantea, la necesidad de promover un cambio de actitud tanto personal como social de tal forma que esta etapa vital sea contemplada también como un proceso de crecimiento y realización personal.

Llegados a este punto debemos preguntarnos si es posible intervenir en los patrones de envejecimiento de tal forma que la mayor expectativa de vida vaya acompañada de calidad de vida.

### *Hacia una nueva percepción del envejecimiento*

Si bien no podemos ignorar que a medida que aumenta la edad también lo hace la probabilidad de que desarrollemos procesos incapacitantes, es un error identificar vejez con enfermedad. De hecho, el declinar normal del paso de los años no afecta a todos por igual, ni acaece al mismo tiempo, ni tampoco afecta de la misma forma a los diversos ámbitos de la persona. Las pérdidas asociadas al envejecimiento no impiden que los mayores vivan con niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social (Schalock 2003). Por tanto, no existe un único paradigma de la vejez y el envejecimiento. La vejez es una realidad multidimensional que no sólo depende del paso de los años, sino también de aspectos fisiológicos, sociales y culturales. No es una categoría unitaria ni homogénea, ya que está conformada por personas con características, intereses y necesidades diferentes.

Podemos constatar que la definición y el abordaje de esta etapa de la vida se ha hecho, hasta no hace muchos años, fundamentalmente desde la biología y la medicina, surgiendo teorías sobre el envejecimiento que ponían el énfasis en aquél como un proceso de decadencia estructural y funcional del individuo. La atención se centró en lo que se denomina

envejecimiento patológico, en oposición al envejecimiento normal (entendido como aquel que se produce sin patología física o mental que impida a las personas vivir de forma independiente), que es el que, paradójicamente, se da en la mayoría de los mayores. En consecuencia, surgieron estereotipos negativos sobre esta etapa vital y sobre los mayores, contribuyendo así a promover una imagen negativa de la vejez basada en déficit y deterioros, imagen que actualmente sigue arraigada en las comunidades. La intervención con personas mayores siguió estos mismos patrones, siendo fundamentalmente intervenciones de carácter asistencialista, desde una perspectiva paternalista según la cual las personas mayores son solamente objeto de protección, olvidando que, además, son también sujetos de derecho.

Frente a este posicionamiento, en los últimos años ha ido surgiendo un nuevo paradigma sobre la vejez y el envejecimiento que apuesta por una visión positiva de esta etapa del ciclo vital, poniendo el acento en las potencialidades de los mayores en relación a: sabiduría, experiencia vital, capacidad de aprendizaje, relaciones intergeneracionales, participación social y solidaria, crecimiento personal,... Este nuevo enfoque, al que se denomina envejecimiento satisfactorio, exitoso, competente, ve esta etapa de la vida como un periodo de crecimiento y realización personal, con entidad y objetivos propios. Así, envejecer satisfactoriamente es *envejecer con calidad de vida* en términos de satisfacción de necesidades, autonomía, integración y participación en la comunidad, haciendo que la propia vejez constituya una oportunidad para el desarrollo personal, la culminación de la vida, y no una etapa de declive y decadencia personal, vacía de contenido.

#### *La calidad de vida como indicador del envejecimiento satisfactorio.*

Las personas que están próximas a la vejez tienen un cierto temor hacia esta etapa del ciclo vital, debido fundamentalmente a lo poco que ha sido valorada socialmente, a la falta de información y preparación para afrontarla y también al hecho de que para muchas personas de su entorno más inmediato ésta ha sido una etapa de aislamiento, exclusión social y dependencia. Aceptar el hecho de que nos hacemos mayores es una tarea que cada uno debemos afrontar, de tal forma que nos adaptemos a los cambios que comporta envejecer en nuestra sociedad actual y podamos vivir esta singular etapa satisfactoria y plenamente. Se establece así como objetivo promover patrones y estilos de vida que redunden en la mejora de la calidad de vida de los mayores, de tal forma que les permita envejecer con seguridad y

dignidad, a la vez de garantizarles la continuidad de su participación activa como ciudadanos con plenos derechos.

Pero el envejecimiento no es un asunto exclusivo de las personas mayores y sus familias. Además de una dimensión personal, la vejez y el envejecimiento tienen una representación social, dejando de ser una cuestión individual o familiar para cobrar significado público y social. Es por ello que para hacer del envejecimiento una experiencia satisfactoria el abordaje ha de ser integral, dirigiendo los esfuerzos tanto hacia los propios mayores (promoviendo iniciativas que les ayuden a conocer y comprender esta etapa y a adoptar medidas que les ayuden a vivirla en condiciones óptimas), hacia la sociedad en su conjunto (fomentando un mayor conocimiento de esta etapa y una imagen más ajustada de las personas mayores) y hacia la oferta de servicios de calidad y profesionales cualificados. La mayor expectativa de vida reclama, por tanto, diferentes vías para que la calidad de vida acompañe esa mayor esperanza de vida.

Es un hecho que los patrones de envejecimiento de los individuos tienen mucho que ver con la forma en la que aquéllos han vivido su vida. El desarrollo abarca la totalidad de la vida y comprende todos y cada uno de los procesos de cambio que se dan a lo largo de la misma. Es por ello que la consecución del envejecimiento satisfactorio en términos de calidad de vida requiere de un abordaje del proceso de envejecer desde un enfoque de ciclo vital. Así, y en relación a las personas mayores, la adopción de estilos de vida saludables se logrará *“mediante una serie de políticas que incluyan campañas informativas adecuadas y la educación a partir de una edad temprana”* (Consejo Económico y Social, ONU, 2002). Este enfoque reconoce que hay toda una serie de factores de índole personal, social, económica, sociosanitarios, conductuales y del entorno físico que influyen en la forma de envejecer. Si el objetivo es hacer del envejecimiento una experiencia exitosa, si queremos que nuestros mayores vivan con autonomía y salud, productividad y protección, es preciso por tanto *optimizar las oportunidades de bienestar físico, psíquico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”* (OMS, 1998). En este marco, el envejecimiento exitoso es visto como un proceso dinámico, el resultado del desarrollo personal a lo largo de toda la vida, y como la habilidad de crecer y aprender –en definitiva, adaptarse- usando las experiencias del pasado para hacer frente a las circunstancias del presente.

Adaptarse a los cambios vitales en cualquier etapa de la vida es menos costoso en la medida que estos cambios sean progresivos y se apoyen en información y educación (Moragas, 2004). Si queremos hacer que el objetivo de envejecer exitosamente sea cada vez más realista para las comunidades deberemos por tanto promover intervenciones con carácter preventivo desde una perspectiva de ciclo vital. Por ello hoy más que nunca es necesario fomentar una nueva cultura del envejecimiento donde el enfoque preventivo prevalezca sobre el curativo. Las políticas sociosanitarias han de estar encaminadas a fomentar, además de actividades y recursos de carácter asistencial dirigidas a los mayores, actividades preventivas que garanticen que esta etapa de la vida se desarrolla con mayores niveles de bienestar, más autonomía y mayor participación social. Así, la intervención con miras al futuro de las personas mayores debería incluir programas para la promoción de estilos de vida saludables y del envejecimiento exitoso de la mediana edad en adelante, en lugar de solamente apoyar a las personas mayores en condiciones crónicas (Bowling 2005). La promoción de la calidad de vida en las personas mayores exige, por tanto, el apoyo a actividades de información, sensibilización y educación con carácter preventivo. De hecho, entre las barreras que impiden la adopción de estilos de vida saludables en las personas mayores están la falta de información y la insuficiente oferta de este tipo de propuestas.

#### *Planificación de programas de envejecimiento satisfactorio basados en la calidad de vida.*

Los planes y programas de los servicios sociales destinados a las personas mayores (y a el resto de los grupos de edad), tienen entre sus objetivos la mejora de la calidad de vida, incidiendo particularmente en la salud, como componente destacable de aquélla al determinar o influir en otros componentes de la calidad de vida. Muchas de las investigaciones en el ámbito de los mayores han centrado su interés en aquellos factores que afectan a su calidad de vida, en la medida en que ésta se convierte en un indicador de envejecimiento satisfactorio (Castellón, A. y Romero, V., 2004). En esta misma línea, Triadó y Villar (2006), constatan que un tema central de la investigación gerontológica actual es el estudio de las formas de envejecer satisfactoriamente, siendo el objetivo de la misma identificar aquellos factores que las determinan y poder así promoverlos. Pero es preciso partir de la premisa de que debemos contemplar el envejecimiento satisfactorio como un estado ideal hacia el que las personas debemos dirigirnos, como la realización continua del sujeto a lo largo de toda la vida, no como una cuestión de éxito o fracaso.

Si establecemos como meta de nuestra intervención promover el envejecimiento exitoso en términos de calidad de vida será necesario, por tanto, identificar aquellas dimensiones e indicadores que para los propios beneficiarios, las personas mayores, la determinan, de tal forma que éstos puedan servir de guía para la planificación de programas dirigidos a la mejora de su bienestar. Una vez identificados se podrán establecer objetivos de promoción de envejecimiento satisfactorio, ya que las propias personas mayores los verán como relevantes y significativos para ellos. Por tanto, es preciso establecer en qué términos se define la calidad de vida de las personas mayores. O lo que viene a ser lo mismo, cuáles son los criterios que nos permiten juzgar la calidad de su vida.

Un primer acercamiento a este concepto deja entrever que una de sus características es su multidimensionalidad. Depende tanto de factores personales (salud, habilidades funcionales, relaciones sociales,...) como ambientales (apoyo social, servicios sociosanitarios, accesibilidad, economía...). Incluye elementos tanto de carácter subjetivo (percepciones individuales y valores) como objetivo (bienes, condiciones y oportunidades que hacen que la vida sea mejor), hasta el punto de que la calidad de vida difiere en un mismo individuo a lo largo de su vida y difiere también entre individuos (Schalock 2003).

Es por ello que la investigación en el marco de la tesis de maestría persigue acercarnos al concepto de calidad de vida e identificar aquellas dimensiones e indicadores que contribuyen a que esta etapa peculiar del ciclo vital se pueda vivir con mayores niveles de bienestar. Una vez identificados, y tomando como referencia las dimensiones sobre las que el individuo puede intervenir, elaboraremos una guía de carácter preventivo y de fácil accesibilidad con pautas y consejos para la promoción de estilos de vida saludables que contribuyan al buen envejecer. Esta guía, dirigida a personas que se aproximan a esta etapa de la vida o que ya están inmersas en ella, será un complemento a las iniciativas que anualmente lleva a cabo la Fundación PEM en Cantabria en el marco de su Programa de envejecimiento activo y saludable “Activa-T”, siendo distribuida entre los beneficiarios de las mismas. La propuesta se asienta en el hecho de que la promoción de iniciativas de carácter educativo desde una perspectiva preventiva y con el objetivo de dotar a las personas de recursos de autocuidado, contribuirá a mejorar la calidad de vida de aquéllos.

## 1.5. HIPÓTESIS

Previamente a la búsqueda de la información y la recopilación de datos pertinentes formulamos la hipótesis de la siguiente forma:

*Es posible aplicar el concepto de calidad de vida a las intervenciones de carácter preventivo con personas mayores de tal forma que mejoren los patrones de envejecimiento y el bienestar en esta etapa del ciclo vital.*

## 1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

### A. Metodología.

El objetivo perseguido con esta investigación ha sido doble:

- Organizar el pensamiento expresado por diversos autores con relación al concepto de calidad de vida: conocer las diferentes conceptualizaciones (particularmente en lo referido a las personas mayores), qué dimensiones la integran y cuáles son los indicadores o descriptores que reflejan una vida de calidad.
- Determinar las posibilidades de aplicación del concepto de calidad de vida a las intervenciones con personas mayores de tal forma que el concepto pueda orientar nuestro trabajo diario con este colectivo y mejorar la calidad del mismo.

Desde el punto de vista de la metodología de la investigación, y teniendo en cuenta dichos objetivos, he considerado pertinente llevar a cabo una investigación descriptiva. Como tal, su finalidad ha sido describir el panorama actual o el estado de la cuestión en torno al concepto de calidad de vida. Dentro de la clasificación de las investigaciones descriptivas he llevado a cabo una investigación documental y de contenidos, en particular una investigación bibliográfica reuniendo, interpretando, evaluando e informando de los datos e ideas obtenidos de forma objetiva en diversas fuentes bibliográficas relevantes sobre el tema objeto de estudio. Esta revisión amplia y sistemática de fuentes bibliográficas especializadas en el tema

me ha permitido extraer las ideas y datos que han ayudado a respaldar la hipótesis anteriormente planteada.

La finalidad última de esta revisión del concepto de calidad de vida ha sido la elaboración de un marco teórico de referencia que oriente a nivel profesional nuestro trabajo diario con personas mayores. Es por ello que se ha prestado especial atención a aquellas dimensiones e indicadores de calidad de vida sobre los que el propio individuo puede influir para mejorar sus patrones de envejecimiento y sobre los que los profesionales podemos intervenir a través de nuestras propuestas de programas y proyectos.

Desde el punto de vista metodológico, y con el objetivo de conferir validez a los resultados obtenidos, esta investigación bibliográfica ha seguido un proceso ordenado y lógico, proceso que se inició con la elección del tema de la tesis de maestría. Esta elección respondía a inquietudes personales y profesionales relativas a cómo promover en las personas mayores actitudes y pautas para un buen envejecer.

Durante los meses posteriores, y con el objetivo de realizar un primer acercamiento al tema, llevé a cabo un proceso de acopio inicial de bibliografía sobre calidad de vida, envejecimiento exitoso, bienestar y personas mayores, buen envejecer,... elaborando las correspondientes fichas bibliográficas del material recopilado. Su lectura, con el fin de determinar las ideas principales sobre el tema, junto con las orientaciones de la tutora, me permitieron:

- ⇒ Delimitar y focalizar el tema de la investigación y en consecuencia la posterior búsqueda de más información. Ésta se ha centrado en torno a 4 tópicos: el concepto de calidad de vida, las dimensiones que la integran, los indicadores que determinan una vida de calidad y las posibilidades de aplicación de este concepto al trabajo diario con personas mayores.
  
- ⇒ Elaborar una hoja de ruta o esquema de trabajo a seguir, tomando como referencia el tema de la tesis, el trabajo hasta ese momento realizado y el trabajo pendiente por realizar. Así, en su momento, establecí como actividades a desarrollar:

- Búsqueda de nueva bibliografía sobre el tema ya delimitado y elaboración de las correspondientes fichas bibliográficas.
- Lectura de la nueva bibliografía para la extracción de las ideas más importantes.
- Elaboración de las fichas de contenido de los documentos leídos y clasificación de las mismas en torno a los tópicos o temas antes señalados.
- Redacción del informe final.

## B. Instrumentos y técnicas de recogida de datos.

Las fuentes a partir de las cuales he obtenido la información han sido principalmente fuentes de carácter primario, tanto impresas (fundamentalmente libros y artículos de revistas especializadas obtenidas de los fondos bibliográficos de bibliotecas) como electrónicas, obtenidas de bases de datos en línea de diversos dominios de relevancia relacionados con el tema del envejecimiento.

Para una *primera aproximación* al tema de investigación consulté previamente, y por criterios de cercanía y accesibilidad, los fondos bibliográficos de la biblioteca del Interfacultativo de la Universidad de Cantabria así como la biblioteca de la UNED en Santander. Asimismo establecí un fondo documental con recursos bibliográficos obtenidos tras haber consultado diversas bases de datos en línea de entidades de especial relevancia y fiabilidad en el tema de las personas mayores, entre otros:

- *IMSERSO-CSIC*
- *Programa de Naciones Unidas sobre Envejecimiento*
- *Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*
- *Dialnet- Portal de difusión de producción científica hispana*
- *Red Latinoamericana de Geriatría y Gerontología*
- *Etc*

Entre los términos empleados para localizar bibliografía significativa relativa al tema de la investigación utilicé descriptores tales como *calidad de vida, dimensiones de la calidad de*

*vida, indicadores de calidad de vida, bienestar y vejez, envejecimiento satisfactorio, successful ageing, envejecimiento exitoso,...*

Cómo técnica de registro de información inicial elaboré *fichas bibliográficas* para identificar cada uno de los documentos que a priori podían ser válidos para el objetivo, así como *fichas de información electrónica* para aquellos documentos extraídos de Internet.

A partir de aquí, y una vez identificados los documentos relevantes llevé a cabo una *búsqueda específica* en dichos documentos, tratando de encontrar información pertinente sobre el concepto de calidad de vida en la vejez, sus dimensiones e indicadores y las posibilidades de aplicación en intervenciones dirigidas a mejorar los patrones de envejecimiento. La lectura del material inicialmente identificado me orientó a su vez hacia otros documentos de interés sobre el tema, viniendo a complementar el material en un principio recogido.

La información obtenida de la lectura de la información fue trasladada a *fichas de trabajo o fichas de contenidos* organizadas en torno a los 4 grandes tópicos o temas:

- Concepto de calidad de vida.
- Dimensiones de la calidad de vida.
- Indicadores de calidad de vida.
- Aplicación del concepto de calidad de vida.

En ellas han quedado recogidos, además de los planteamientos de los autores, comentarios o indicaciones personales fruto del análisis y reflexión personal de lo leído. Entre los tipos de fichas que he empleado:

- *Fichas textuales*, en las que he extraído y transcrito literalmente la información, tal cual aparecía en el documento leído.
- *Fichas de paráfrasis*, en las que han quedado recogidas, con mis propias palabras, las ideas expresadas por el autor.
- *Fichas de resumen*, en las que he recogido de forma resumida las ideas principales del autor.

- *Fichas de comentario*, en las que he incluido reflexiones, interrogantes o puntos de vista personales sobre lo leído.

El encabezado de estas fichas, y para facilitar su clasificación, recogía el tema o tópico – según los 4 temas antes indicados- (por ejemplo, “definición de calidad de vida”,...). Estas fichas también incluían los datos de referencia bibliográfica para ayudar a identificar la fuente, como son el nombre del autor, título y páginas de las que procede la información. Por último, aparece el contenido propiamente dicho.

Una vez extraída la información de todas las fuentes bibliográficas que consideré pertinentes y las organicé en un fichero en torno a los 4 grandes tópicos llevé a cabo la reflexión y análisis crítico del material obtenido, lo que me ha permitido elaborar el informe de la investigación realizada y respaldar la hipótesis establecida. Llegado a este punto he obtenido un marco teórico de referencia que me permitirá tomar decisiones y orientar intervenciones futuras con personas mayores a partir del concepto de calidad de vida.

Como primer fruto de este trabajo he diseñado la guía “*Vivir mejor más allá de los 50*”, que lleva por subtítulo “*Guía para la promoción de estilos de vida saludables*”. La razón de ser de la misma responde a que la investigación, entre otros resultados, revela que de las dimensiones que constituyen la calidad de vida de las personas mayores la de mayor significación e importancia para ellos es la salud, en el más amplio sentido del término. La finalidad es que la guía sea incluida en un futuro próximo en el programa de actividades que en el ámbito profesional desarrollamos anualmente en Cantabria, formando parte y siendo distribuida como complemento a los talleres de hábitos saludables que periódicamente llevamos a cabo en el marco del Programa de envejecimiento activo y saludable “*Activa-T*”.

## 1.7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

### *Introducción. La calidad de vida: una preocupación en la historia del ser humano.*

La búsqueda de niveles deseables y sostenibles de mejoramiento de la calidad de vida no es algo novedoso en el ser humano y en la historia que éste ha recorrido. Es una preocupación que, con intereses y puntos de vista diversos y con denominaciones distintas, siempre ha

estado presente en la historia de la humanidad. Así, el debate sobre el bienestar y la felicidad estaba ya presente entre los filósofos de la antigua Grecia. Sin embargo, el interés y los esfuerzos por establecer un marco teórico-conceptual y por la medición y aplicación del concepto es más bien reciente. Es a partir de los años 90 cuando surge la inquietud por incorporar al concepto de calidad de vida temas de interés en el día a día de la vida de las personas y tener en cuenta las opiniones de aquéllas. Desde entonces, la calidad de vida se ha convertido en el eje central de la investigación y aplicación en determinados ámbitos académicos y profesionales, como la salud, la educación o los servicios sociales,...

El concepto “*calidad de vida*” es un término de frecuente uso cotidiano, hasta el punto de que su “sobreutilización” ha llevado a que se preste a diferentes interpretaciones y significados en función del contexto en el que nos movamos y del discurso en el que se exprese el concepto. Cuando hacemos uso del aquél parece que todos sabemos, más o menos intuitivamente, lo que queremos decir. Así, se ha convertido con el tiempo en patrimonio del lenguaje común, y más que tener un significado preciso y concreto es utilizado como un término de uso polivalente con el que nos referimos a una gran diversidad de situaciones valoradas positivamente o consideradas deseables para las personas y grupos humanos (Casas, 1999). Se utiliza indiscriminadamente para hacer referencia, entre otros, a estilos o formas de vida, al nivel o estándar de vida, a la búsqueda de placer, felicidad o satisfacción de deseos o el acceso a rentas, ingresos o recursos de todo tipo.

En la bibliografía consultada se alude a él como un concepto ambiguo, abstracto, sin límites precisos. Distintas disciplinas científicas utilizan concepciones diversas e incluso en el seno de una misma disciplina podemos encontrar diferentes corrientes y formas de conceptualizar la calidad de vida. En el campo de lo social se ha identificado con bienestar; en medicina con salud –de ahí el término calidad de vida relacionada con la salud-; en psicología con satisfacción y bienestar personal; en gerontología con envejecimiento satisfactorio o exitoso. Así, “*La calidad de vida es una realidad difícil de definir, pues comprende muchos factores y realidades diversas*”<sup>1</sup> y difícil de operacionalizar.

La aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica es, como hemos dicho, reciente. Hasta entonces, el concepto ha atravesado el

---

<sup>1</sup> Pérez Serrano, 2006, Pág. 22.

debate de las ciencias humanas (filosofía, economía y sociología) y más recientemente de las ciencias de la salud y de la educación. La preocupación ha estado igualmente presente en inquietudes vinculadas al desarrollo de los pueblos, en particular en el interés por articular políticas económicas y sociales; también, en menor medida, aparece el concepto en el ámbito de lo espiritual y religioso, ecológico y laboral. A lo largo de su desarrollo histórico se ha caracterizado por su continua ampliación, adquiriendo progresivamente nuevos matices fruto de las diversas aportaciones, deviniendo así en un concepto más rico, más complejo pero también más frágil y controvertido.

En su evolución histórica más reciente el concepto es introducido en los años 40 paralelamente al de bienestar social. Así, es utilizado para aludir a una serie de cambios en la política social (tales como el incremento en el alcance de los servicios sociales, el mantenimiento del pleno empleo, la mejora de los estándares de vida,...). Se trata, por tanto, de un concepto puramente sociológico que identifica calidad de vida con el desarrollo de las comunidades, en concreto con el bienestar material de los ciudadanos. Durante muchos años los índices de desarrollo económico crearon la ilusión de que lo principal para alcanzar una buena vida residía en elevar los niveles de vida, en particular satisfacer las necesidades básicas. Esto se convirtió en el ideal de los gobiernos de los primeros países capitalistas, con el objetivo de redistribuir la renta y lograr una mayor igualdad.

Durante los años 50 y primeros años de la década siguiente, fruto de los intensos debates sociales, el concepto comienza a popularizarse. Se impulsan investigaciones que permitirán, por un lado, adoptar un lenguaje común, y por otro, desarrollar metodologías para identificar y analizar indicadores objetivos de calidad de vida, particularmente de tipo económico y social (CEPAL, 2006), entre ellos de organismos tales como Naciones Unidas o la Organización para la Cooperación y El Desarrollo Económico-OCDE (Castellón Sánchez del Pino, 2003).

A partir de la 2ª mitad de la década de los 60 se rompe la tendencia a identificar calidad de vida con condiciones materiales de vida. Empieza a entenderse aquella, de la mano de diversas disciplinas científicas, como una realidad dotada de componentes de carácter psicosocial y con una dimensión tanto personal como social. Surge así el concepto de calidad de vida como “valor”, pero también como un concepto que recoge aspiraciones colectivas de cambio hacia una sociedad mejor para todos. Así, la calidad de vida se implanta como

objetivo, no sólo de las políticas sociales, sino de investigaciones e intervenciones en ámbitos tales como la salud, la educación o la atención a colectivos en especiales situaciones de vulnerabilidad. Bien como objetivo, bien como proceso, la calidad de vida empieza a tener desarrollos específicos en cada ámbito de actuación, lo que dará lugar a que el significado difiera sensiblemente en función del área en que se desarrolla el discurso, sea científica, técnica o política (Verdugo y Vicent, 2004).

La década de los 80 asiste al despegue definitivo del concepto de calidad de vida y su investigación, con un aspecto diferencial en relación al desarrollo previo: empieza a entenderse como una realidad dotada de un elevado componente subjetivo. Estos años y la década siguiente, marcan el punto de partida en el interés y la preocupación por su evaluación sistemática y científica, preocupación que se extendió y se vio reflejada en el ámbito de la planificación de políticas públicas. La calidad de vida llega así a convertirse en un tema prioritario y en un concepto relevante para orientar y definir planes y políticas, para evaluar los servicios ofertados (a la población en general y hacia colectivos especialmente sensibles en particular), para impulsar programas innovadores a nivel local, nacional e internacional, así como orientar y guiar intervenciones profesionales (en particular hacia ciertos colectivos desfavorecidos) independientemente del alcance de su aplicación en cuanto al ámbito geográfico de referencia (Schalock y Verdugo, 2003). Así, *“el concepto de calidad de vida impregna los enfoques actuales de control de programas, planificación y evaluación”*<sup>2</sup>.

### *Ambigüedad conceptual en torno a la calidad de vida.*

La calidad de vida es un concepto que ha ido ganando relevancia con el paso del tiempo, constituyendo un referente primordial tanto en el ámbito de la planificación de políticas socio-sanitarias como en diferentes ámbitos del saber, entre ellos también el gerontológico. Podríamos decir que la calidad de vida es algo valorado positivamente por todas las personas, y su importancia y trascendencia queda reflejada, entre otras, en la proliferación de publicaciones de todo tipo sobre el tema, tanto de carácter divulgativo como especializadas.

Al recurrir a un recurso tan de moda y actual como es Internet para buscar documentos sobre calidad de vida en general, no deja de sorprendernos la cantidad de referencias de todo tipo que recogen el término, bien en su título, bien en su desarrollo. Así, al introducir el descriptor

---

<sup>2</sup> Schalock, R. (1995). En <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada1/confer/con2.html>

“*calidad de vida*” en un buscador como Yahoo aparecen más de 46 millones de entradas. La misma búsqueda pero empleando el término “*quality of life*” arroja un resultado más sorprendente aún, con un total de 746 millones de referencias. Encontramos el término como parte del título de libros de toda clase, de artículos especializados, artículos de divulgación científica, de noticias,...; aparece en documentos vinculados a portales específicos de sectores tales como sanidad, educación, educación especial, políticas sociales, educación física o medioambiente; está recogido en documentos de ámbitos académicos y de investigación tan variados como medicina, sociología, geriatría, gerontología, psicología, etc. Incluso existen webs específicas sobre calidad de vida o secciones dentro de webs dedicadas a la calidad de vida ([www.cordis.europa.eu/life](http://www.cordis.europa.eu/life); [www.calidadevida.com.ar](http://www.calidadevida.com.ar); [www.calidadevida.org](http://www.calidadevida.org); [www.qualityoflife.bcrea.bc.ca](http://www.qualityoflife.bcrea.bc.ca) ). Si acotamos la búsqueda, añadiendo a calidad de vida el término “*envejecimiento*” o “*vejez*” el número de entradas registradas sigue siendo aún sorprendente, más de un millón en el primero de los casos y setecientas mil en el segundo.

Al recurrir a otras fuentes de información, más especializadas, la búsqueda arroja también un importante volumen de obras, artículos de revistas o tesis doctorales en las que aparece el término calidad de vida: Revista Española de Geriatría y Gerontología, 8430 entradas; Portal de difusión de producción científica hispana-DIALNET, 822 entradas; Catálogo General de la UNED, 168 entradas; Biblioteca de la Universidad de Cantabria, 131. De estos resultados destacan, por encima de todo, documentos de estudios sobre calidad de vida vinculada a la salud.

Es revelador, pero el interés actual por la calidad de vida en el ámbito académico y de la investigación se dispersa en diferentes áreas del conocimiento, distantes en principio unas de otras, y algunas de ellas ajenas al término hasta tiempos recientes. Todas ellas analizan la calidad de vida desde diferentes perspectivas, lo que otorga al concepto un carácter multifacético (Fdez. Ballesteros, 1998) que pretende abarcar la casi totalidad de la dimensión humana, en todos sus aspectos: social, personal, ambiental, económico, emocional,... (Castellón Sánchez del Pino, 2003). Así por ejemplo, una búsqueda en la base de datos en línea del Dialnet ([www.dialnet.unirioja.es](http://www.dialnet.unirioja.es)) utilizando el descriptor “*calidad de vida*” en el título de documentos arroja como resultado estudios tan variados como “*La evaluación de la calidad de vida en pacientes oncológicos*”, “*Tecnología y calidad de vida*”, “*Actividad física, estilos de vida y calidad de vida*”, “*La calidad de vida: objetivo y medida del*

*desarrollo”, “Ocio en los mayores: calidad de vida” o “Derechos humanos y calidad de vida”.*

En relación a las personas mayores, la calidad de vida se ha convertido en los últimos años en un concepto básico y en un referente para la gerontología y otras disciplinas vinculadas a la atención a la población mayor. De hecho, entre las investigaciones gerontológicas actuales un buen número de ellas se centran en aquellos factores que afectan a la calidad de vida de los mayores en la medida que, según los paradigmas actuales de la vejez y las personas de edad, aquélla constituye un indicador del buen envejecer, de envejecimiento satisfactorio (Reyes Camejo et al, 2002). Una simple revisión bibliográfica en bases de datos on line de páginas web vinculadas al ámbito gerontológico arroja títulos tales como *“Calidad de vida en la atención al mayor”, “Aumentar la calidad de vida de las personas mayores: un reto para las universidades de mayores”, “Calidad de vida y demencia” o “Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial”.*

Pero la calidad de vida también se ha convertido en un referente en la esfera política, donde aparecen menciones y alusiones con relativa frecuencia, en particular en el ámbito de las políticas sociales y sanitarias, independientemente del alcance de las mismas en cuanto al colectivo destinatario o ámbito geográfico de aplicación. De hecho, el concepto de calidad de vida está impactando en el desarrollo de programas y en la prestación de servicios dirigidos, entre otros, hacia colectivos particularmente sensibles (mayores, discapacitados, enfermos mentales,...). Igualmente, está siendo utilizado como criterio para evaluar la eficacia de dichos programas y servicios (Schalock y Verdugo, 2003).

Si nos centramos en concreto en el colectivo de personas mayores, una revisión de los distintos marcos, estrategias y planes que han ido surgiendo en los últimos años en respuesta a los retos que plantea el envejecimiento poblacional, el concepto calidad de vida, o términos afines como puede ser “bienestar”, aparecen repetidamente. Así, tanto el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, 1982), como el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, 2002) y las consiguientes Estrategias Regionales de Aplicación del Plan de Acción de Madrid, recogen la calidad de vida de las personas mayores entre sus objetivos y recomendaciones. Otros marcos de referencia en los que el bienestar de los mayores aparece implícita o explícitamente, con distinto alcance unos de otros, son los

Principios de Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991), el documento de la Comisión Europea “*Hacia una Europa para todas las Edades*”, publicado con motivo del Año Internacional de las Personas Mayores (1999), o, en un contexto más próximo, el Plan Gerontológico Nacional (1992) o el Plan de Acción Sociosanitaria del Mayor de Cantabria (1999-2005), por citar algunos ejemplos.

Es preciso subrayar, si nos adentramos con más detenimiento en estos resultados que hemos ido desgranando en los últimos párrafos, que la gran mayoría de los documentos que hacen referencia a calidad de vida carecen de una propuesta teórica y de un desarrollo conceptual en relación a qué es la calidad de vida; tampoco hacen referencia a cuál es la relación entre el concepto y el tema sobre el que trata el documento en cuestión. Esta ausencia de un marco teórico-conceptual también se constata al leer documentos sobre investigaciones y experiencias de mejoramiento de la calidad de vida de grupos humanos específicos, en particular en el ámbito de la salud, donde más han proliferado (“*Calidad de vida en pacientes trasplantados*”, “*Calidad de vida en oncología clínica*” o “*Calidad de vida en la esclerosis múltiple*”,...). A pesar de ello debemos admitir que, aunque estas investigaciones carezcan de un referente teórico conceptual concreto, no desmerecen en absoluto y sus aportaciones prácticas tienen un gran valor para la mejora de la calidad de vida de los grupos en los que se centran dichas investigaciones.

Así como es posible afirmar que la bibliografía sobre calidad de vida es amplia, dispersa y ambigua, también es cierto que la mayoría de las referencias carecen de un marco teórico-conceptual. Con el tiempo ha ido surgiendo una amplia variedad terminológica en torno al concepto, con términos tales como vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, desarrollo personal, bienestar social y otras representaciones de lo que viene a constituir una vida de calidad. Sólo muy recientemente el abordaje del concepto ha evolucionado de forma positiva y novedosa, de la mano de autores como Reig, Fernández Ballesteros o Schallock y Verdugo, quienes se han aventurado en formulaciones operativas sobre calidad de vida y han centrado sus esfuerzos por conceptualizarla y medirla desde una perspectiva integral. Estos esfuerzos han arrojado luz a la definición del concepto así como a su medición y aplicación.

De esta forma, la definición y conceptualización de la calidad de vida ha sido y sigue siendo un proceso complejo, que presenta numerosos problemas, tanto técnicos como filosóficos,

(Verdugo y Vicent, 2004) y que tiene aún un largo camino por recorrer. Su estudio está todavía en una fase inicial, principalmente debido a que las primeras décadas en su abordaje transcurrieron entre debates internos que limitaron su perspectiva y su proyección. Es preciso matizar, como aspecto relevante en su abordaje más reciente, el hecho de que se haya producido una mayor concienciación en los investigadores sobre la importancia de un enfoque fenomenológico en el estudio de la calidad de vida. Esto implica que el estudio y medición aquélla ha de tener en cuenta que son las propias personas las que han de dar sentido a sus vidas, en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus propios objetivos de vida (Bowling)<sup>3</sup>. La conceptualización de la calidad de vida debe, por tanto, tener en cuenta las opiniones de las personas y los temas de interés para su propia vida, así como su la experiencia vital tal y como la interpretan ellas mismas y también sus próximos (Schalock, 1995), pues de hecho la calidad de vida es un concepto fundamentalmente referido a la vida de las personas, que ya existía como aspiración humana mucho antes de que se iniciaran los esfuerzos por conceptualizarla.

Si bien, como hemos dicho anteriormente, el despegue en las investigaciones sobre calidad de vida es aún reciente, transcurridos más de 20 años no existe consenso sobre su definición, ni tan siquiera sobre cuáles son los criterios que nos permiten juzgar la calidad de vida de una persona o de un grupo social. Tal y como señalaba Calman (1987)<sup>4</sup>, la misma naturaleza compleja del término hace difícil su definición conceptual, de tal forma que su utilización ha ido a la par de su indefinición. Como hemos podido apreciar en su devenir histórico, es un concepto que ha sido y es objeto de estudio, análisis y evaluación de diversas disciplinas, abarcando la casi totalidad de las ciencias humanas. De ahí la variedad de modelos conceptuales y definiciones que se han dado en este tiempo, haciendo difícil que exista un acuerdo en cuanto a su significado. A ello también ha contribuido el que la calidad de vida sea un concepto relevante tanto a nivel individual como social.

La calidad de vida es un constructo o un término teórico que de por sí no es directamente observable, de ahí que una definición exacta del término sea difícil de abordar. Su aplicación es diferente para los psicólogos, los sociólogos, los profesionales de la salud o para los responsables de planificar políticas sociales. También lo es para distintos individuos cuando

---

<sup>3</sup> Bowling, A. (1998). *Medir la Salud: Un Repaso a las Escalas para medir la Calidad de Vida*. Buckingham. Open University Press. Citado por O'Shea, 2003.

<sup>4</sup> Calman, K. C. (1987): "Definitions and dimensions of quality of life". En Aaronson, N. Y. Beckman, I. M. (Eds). *The Quality of life in cancer patients*. Raven Press, New York. Citado por Moreno Jiménez y Ximenez Gómez, 1996

tratan de hacer una valoración sobre su propia calidad de vida. Se trata de un concepto complejo cuya definición operacional resulta difícil de establecer y que está teniendo un gran impacto tanto en investigación como en la práctica (Fdez Ballesteros 1998, 2001). De hecho ha emergido como un poderoso constructo, hasta el punto de que ha permitido incluso modificar los objetivos sociales. Éstos ya no se dirigen exclusivamente a la promoción de un mayor crecimiento social, reducción de la pobreza o a aumentar la esperanza de vida, sino también a aumentar un impacto positivo en el bienestar de los individuos, las comunidades y los grupos humanos. Así, *“el concepto de calidad de vida se ha extendido más allá de la persona y ha influenciado ahora al sistema entero de provisión de servicios debido a su poder como noción sensibilizadora, constructo social y tema unificador”* (Schalock)<sup>5</sup>.

Para apreciar la importancia del concepto es preciso entender su significado semántico y el empleo del término en todo el mundo. El término calidad nos hace pensar en excelencia, en criterios de “exquisitez” asociados a características humanas y con valores positivos tales como felicidad, éxito, riqueza, salud, satisfacción. El término “de vida” indica que el concepto concierne a la misma esencia de la existencia humana<sup>6</sup>. Este significado nos hace pensar en individuos, políticas y programas que cambian o pueden cambiar significativamente la vida de las personas así como sus percepciones de lo que supone una vida de calidad (Schalock y Verdugo, 2003).

En la revisión bibliográfica sobre calidad de vida nos hemos encontrado con algunas propuestas de definición del término. Esto no significa que exista acuerdo o coincidencia entre ellas, pues como ya hemos indicado con anterioridad la definición o la aproximación al concepto está en relación directa con el ámbito científico, técnico o político desde el que se realiza aquélla. Así, por ejemplo, calidad de vida:

- *“Es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”* (OMS, 1997). Para la Organización Mundial de la Salud (cuya preocupación por la calidad de vida está vinculada a la necesidad de establecer una medida internacional de aquélla en el marco de programas para la

---

<sup>5</sup> Schalock y Verdugo, 2003, Pág. 60.

<sup>6</sup> Lindstrom, B., (1992): “Quality of life: a model for evaluating health for all”, *Soz Praventivmed*, 37, 301-306. Citado por Verdugo y Vicent, 2004 y Schalock y Verdugo, 2003.

promoción continuada de la salud de la población) se trata de un concepto amplio en relación directa con la salud física y el estado psicológico de la persona, con su nivel de independencia, relaciones sociales, características del ambiente en el que se desarrolla su vida y sus creencias personales<sup>7</sup>.

- La calidad de vida *“Es el grado de bienestar de las comunidades y de la sociedad determinado por la satisfacción de sus necesidades fundamentales, entendidas éstas como los requerimientos de los grupos humanos y de los individuos para asegurarse su existencia, pertenencia y trascendencia en un espacio dado y en un momento histórico determinado”* (Delgado de Bravo y Failache, 1993)<sup>8</sup>.

Robert Schalock, teniendo en cuenta cómo la evolución histórica de la investigación y los debates sobre calidad de vida (que han ido desplazando la creencia en la existencia de una definición hacia la descripción y comprensión de sus dimensiones principales y las condiciones que favorecen e incrementan una buena vida), entiende aquélla como *un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos* (Verdugo, 2002). Propone así un modelo compuesto por dimensiones e indicadores centrales que definen una vida de calidad, estableciendo al mismo tiempo los principios sobre cómo entender la calidad de vida (*“El Estado de la cuestión –en relación a los problemas técnicos y filosóficos relativos a la definición y concepción de la calidad de vida- nos ha animado a considerar preferible no definir el término, sino más bien acordar las dimensiones e indicadores centrales de una vida de calidad”*)<sup>9</sup>. Según afirma el propio Schalock, aportar una descripción operativa del término y de su significado es la forma más adecuada para proporcionar información y estrategias prácticas sobre la evaluación, aplicación y valoración de la calidad de vida.

---

<sup>7</sup>Estas áreas vienen a ser las dimensiones de calidad de vida para la OMS.

<sup>8</sup> Delgado de Bravo, M.T. y Failache, S. (1993): “El concepto de calidad de vida: una revisión de su alcance y contenido”. *Revista Geográfica Venezolana*, 34. Citados por Aranibar Munita, p.4.

[http://www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ\[1\].doc](http://www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ[1].doc)

<sup>9</sup> Schalock y Verdugo, 2003, Pág. 34.

A esta confusión en torno al término calidad de vida han contribuido, en cierta medida, una serie de términos afines o asociados a aquélla y que se han venido utilizando durante estos años de forma indiscriminada, como términos sinónimos, en la literatura tanto científica como en la de carácter divulgativo. Estos términos han alimentado la confusión y han llevado a acrecentar el carácter controversial que acompaña al término. Veamos algunos de ellos:

- ⇒ **Calidad de vida como sinónimo de bienestar subjetivo o bienestar percibido:** El componente subjetivo es una parte integrante del concepto de calidad de vida. Es un concepto dinámico, varía según las experiencias de la vida y según la etapa vital. Se conceptualiza como la valoración global de la calidad de vida hecha por la propia persona según criterios personales. Tiene que ver con sentimientos de relajación, ausencia de problemas y presencia de sensaciones positivas (Villar, Triado, Solé y Osuna, 2003). Cantril<sup>10</sup> lo entiende como la satisfacción con la vida fruto del equilibrio entre las percepciones de la persona y sus aspiraciones, mientras que Campbell<sup>11</sup> distingue dos dimensiones, una cognitiva-valorativa a la que denomina satisfacción (grado en el que el sujeto percibe que sus aspiraciones se cumplen) y otra dimensión afectiva, la felicidad (o el equilibrio entre los componentes positivos y negativos de la disposición del ánimo). Para Diener<sup>12</sup> el bienestar subjetivo está en función del establecimiento, acercamiento y grado de cumplimiento de las propias metas y está constituido por 4 componentes: satisfacción con la vida, afecto positivo (evaluado a través de emociones como el gozo, afecto, orgullo), niveles bajos de afecto negativo (medido a través de emociones tales como tristeza, ansiedad, ira,...) y la satisfacción con dimensiones importantes de la vida (Zamarrón, 2006). La salud, los ingresos económicos, las relaciones sociales, las actividades de ocio,... son algunos de los factores que intervienen o proporcionan bienestar subjetivo.
- ⇒ **Calidad de vida y bienestar psicológico:** frente a la concepción de calidad de vida como bienestar subjetivo, vinculada a los conceptos de felicidad y satisfacción, encontramos una concepción según la cual no todos los deseos y resultados que una persona puede valorar conducen al bienestar una vez que aquéllos son logrados, aun

---

<sup>10</sup> Cantril, H. (1965): *The patterns of human concern*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press. Citado por Aranibar Munita.

<sup>11</sup> Campbell, A., Converse, P., y Rodgers, W. (1976): *The Quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation, Citado por Maddox, 2003.

<sup>12</sup> Citado por Palacios, Castro y Reigadas.

admitiendo que pueden aportar placer subjetivo. Esta concepción sitúa el bienestar, más que en las actividades que nos dan placer o nos alejan del dolor, en el proceso y consecución de los valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas, que dan sentido a nuestras vidas<sup>13</sup>.

⇒ **Bienestar económico.** Es un concepto integrado en la calidad de vida, y como tal aparece en todas las propuestas de dimensiones o dominios de aquélla, pero no es sinónimo de aquélla. Tiene una doble dimensión, objetiva por un lado (o bienestar material), relativa al análisis de las necesidades y recursos económicos, a las condiciones y circunstancias materiales en las que se desarrolla la vida de las personas y subjetiva por otro, relativa a cómo las personas perciben su situación económica.

⇒ **Calidad de vida relacionada con la salud.** Este concepto surge en un marco en el que el aumento de la esperanza de vida, vinculada a los avances de la medicina, conlleva un incremento considerable de personas con enfermedades crónicas. Esto ha derivado en que la medicina, además de tratar de eliminar la enfermedad, incorpora un nuevo objetivo, el de mejora de la calidad de vida de los pacientes. El término está estrechamente relacionado con la calidad de vida, pues la salud es una de las dimensiones más importantes que integran aquélla y sin duda la más estudiada. El concepto tiene sus orígenes en la definición de salud que la OMS hace en 1983 (“*Es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad*”)<sup>14</sup>. La calidad de vida relacionada con la salud es un constructo no observable directamente y que solamente podemos deducirlo o evaluarlo de manera indirecta a través de indicadores. El concepto hace referencia a cómo la enfermedad, la disfunción física, el dolor, el malestar, provocan limitaciones en la vida diaria de la persona, en su vida social, en su bienestar psicológico,...y también en la calidad de vida global de aquélla, juzgada por ella misma (Lawton, 2001)<sup>15</sup>. No se trata, por tanto, de la salud entendida desde el punto de vista objetivo (y evaluada mediante indicadores tales como el número de enfermedades, la gravedad de las mismas o la

---

<sup>13</sup> El bienestar psicológico tiene que ver con los propósitos que nos planteamos en la vida, con que la vida tenga un significado para nosotros mismos, con los desafíos que aquélla nos plantea y con el esfuerzo que dedicamos para superar las dificultades y conseguir metas valiosas. Villar, Et. Al, 2003.

<sup>14</sup> OMS, 1997, p.1

<sup>15</sup> Lawton, M. P. (2001): Quality of life and the end of life. En J. R. Birren y K. W. Schaie (eds.): *Handbook of the Psychology of aging* (5<sup>th</sup> Ed) San Diego, CA: Academic Press. Citado por Yanguas Lezaun, 2006.

cantidad de fármacos prescritos), sino que la esencia del concepto radica en reconocer cómo la percepción de la persona sobre su estado de bienestar (físico, psíquico, social y espiritual) depende en gran medida de sus propios valores, creencias, contexto cultural e historia personal (Schwartzmann, 2003).

### ***Arrojando luz al concepto. Hacia una definición de calidad de vida.***

En el marco de las investigaciones sobre calidad de vida y en los esfuerzos por definirla y conceptualizarla se han producido una serie de intensos debates que pueden ayudarnos a arrojar luz sobre el concepto. Estos debates se aglutinan en torno a 3 grandes temas:

- **1º. Unidimensionalidad versus multidimensionalidad de la calidad de vida**
- **2º. Carácter subjetivo de la calidad de vida versus carácter objetivo**
- **3º. Conceptualización nomotética versus conceptualización ideográfica**

#### ➔ *Multidimensionalidad de la calidad de vida.*

El debate, hace largo tiempo superado, se planteaba entre aquellos que consideraban la calidad de vida como una entidad unitaria y aquellos que lo consideran como un constructo integrado a su vez por diferentes dominios o dimensiones. Hoy en día existe consenso al respecto, concibiendo aquella como un concepto integrador en el que aparecen recogidas todas las áreas que constituyen la vida de las personas, resultando inadmisibles reducir la calidad de vida a una única dimensión, como puede ser la salud, los ingresos, la clase social o las relaciones sociales. Así, la definición de calidad de vida ha de ser consistente con la realidad, y como la vida misma, ha de contener todos aquellos elementos o dimensiones que importan a las personas, incluyendo en su definición factores externos y factores personales (Fdez. Ballesteros, 2001). Así, “*la vida es ontológicamente multidimensional y su calidad habrá de serlo también*” (Fdez. Ballesteros, 1996)<sup>16</sup>. Éste es el único planteamiento que hace posible el poder abordar la realidad en toda su amplitud y complejidad, considerar la calidad de vida como una función conjunta del entorno material y del entorno psicosocial (Casas, 1999). En consecuencia, si la calidad de vida tiene un carácter multidimensional, su estudio y su evaluación deberán hacerse desde un enfoque multidisciplinario, no exento de dificultades, a la luz de los distintos enfoques que cada disciplina puede proponer.

---

<sup>16</sup> Citado por Limón Mendizábal, 2006, Pág. 148.

Pero este acuerdo en torno a la multidimensionalidad de la calidad de vida no lleva implícito el reconocimiento de que las distintas dimensiones que la constituyen tienen el mismo peso o importancia en todos los contextos o para distintas personas. A la hora de definir y evaluar la calidad de vida las prioridades de las personas, o dicho de otra forma, el peso que otorgan a cada dimensión, varía en función del grupo de edad, las circunstancias vitales en las que han vivido y viven y las características personales<sup>17</sup>. Así por ejemplo, un aspecto relevante y clave cuando hablamos de la calidad de vida en personas mayores es la seguridad económica en la vejez, entendida como la capacidad de disponer de bienes en general, económicos y no económicos. Uno de los indicadores sobre seguridad económica en estos años tiene que ver con los niveles de participación en la vida laboral. Si bien en los países industrializados este indicador no es considerado relevante en la composición de la calidad de vida de los mayores (al permanecer la gran mayoría de ellos laboralmente inactivos, pero disponer de ingresos regulares), cuando volvemos la mirada a países en vías de desarrollo, como ocurre en la mayoría de los países de la Región latinoamericana (donde la ausencia de sistemas provisionales consolidados no garantizan unos ingresos estables a la población mayor) el ser económicamente activo constituye uno de los factores o componentes de mayor relevancia en la calidad de vida de aquéllos (CEPAL, 2006)<sup>18</sup>.

Por tanto (y como veremos posteriormente), a efectos operativos, de planificación y evaluación de programas, es preciso identificar las dimensiones de calidad de vida y evaluar la relevancia y significación que para los distintos grupos de edad representa cada dimensión, ya que éstas serán los componentes de necesidad que requieren ser satisfechos para alcanzar una calidad de vida aceptada y deseada.

---

<sup>17</sup> Como ya demostró Cantril en los años 60, las dimensiones claves de la vida varían de unas sociedades a otras, de unos individuos a otros y también en una misma persona durante las distintas etapas de su ciclo vital. La salud, las relaciones sociales, la autonomía funcional o el nivel de ingresos no tienen la misma importancia ni son percibidos de la misma forma cuando uno es joven o cuando es mayor (Madox, 2003)

<sup>18</sup> A nivel práctico, la CEPAL (2002) identifica tres ámbitos de desafíos en relación a la calidad de vida en la vejez:

1. A nivel de mercado, el aumento de las personas mayores provoca modificaciones tanto en la oferta y demanda de bienes y servicios como en el trabajo.
2. A nivel de sociedad, genera nuevas formas de organización de la familia y diversas respuestas de la comunidad a los nuevos desafíos de bienestar.
3. A nivel de Estado, provoca nuevas tensiones sociales surgidas de las necesidades de financiamiento de los sistemas de seguridad social, de los cambios en las relaciones de dependencia económica entre generaciones y de la competencia intergeneracional por los puestos de trabajo.

⇒ *Carácter subjetivo versus carácter objetivo.*

Este debate puede centrarse en la siguiente cuestión: al hablar de calidad de vida, por ejemplo, ¿qué es más importante, el apoyo social que recibe un sujeto con sus relaciones sociales o la satisfacción que ese mismo sujeto obtiene de aquéllas? Planteado de otra forma. ¿Quién debe evaluar o determinar la calidad de vida de una persona? La importancia de este debate llevó años atrás a Campbell, Converse y Rogers a afirmar que el problema central al que ha de hacer frente cualquier análisis sobre la calidad de vida tiene que ver con la relación entre los indicadores objetivos y subjetivos de bienestar (Schalock y Verdugo, 2003).

⇒ **Perspectiva subjetiva:** según este posicionamiento, la calidad de vida sólo es posible entenderla desde la subjetividad, es decir, a partir de las evaluaciones y juicios de valor que el propio individuo realiza sobre su vida (“*la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino su evaluación por el individuo*”, Andrews y Whithey, 1976)<sup>19</sup>. Para Diener<sup>20</sup> no es la situación misma la que provoca la satisfacción, sino que ésta viene dada por la evaluación personal de dicha situación. En esta misma línea, Schalock y Verdugo (2003) sostienen que la calidad de vida vendría dada por las percepciones individuales de satisfacción o felicidad.

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida de una persona viene definida por cómo esa persona evalúa globalmente su vida en aquéllos aspectos concretos que son significativos para ella. En consecuencia, la evaluación subjetiva de la calidad de vida ha de tener presentes las percepciones personales sobre experiencias vitales en áreas tales como las relaciones sociales, el bienestar físico y material, el desarrollo personal, las actividades en la comunidad, la satisfacción y la felicidad (Schalock y Verdugo, 2003).

Esta evaluación se hace en términos cognitivos y en términos afectivos, habiendo dado lugar a dos tipos de teorías:

⇒ *Teorías de la satisfacción del deseo:* la calidad de vida de una persona se define por el grado en que sus deseos y preferencias se satisfacen a lo largo de su proceso vital.

---

<sup>19</sup> Andrews, F.M. y Withey, S. B. (1976): *Social indicators of well-being: Americans perception's of quality of life*. New York: Plenum. Citado por Moreno y Ximénez, 1996.

<sup>20</sup> Citado por Palacios, Castro y Reigadas.

(Aguilar, Pérez Yruela y Serrano, 1995). La evaluación se hace en términos cognitivos, y viene a ser la valoración que hace el sujeto sobre su vida según sus propios estándares. Esto determinará el grado en que la persona percibe que sus esperanzas y aspiraciones se cumplen, y es lo que conocemos como *satisfacción o satisfacción vital*. Vendría a ser la dimensión cognitiva-valorativa del bienestar subjetivo de Campbell. Pág. 31).

⇒ *Teorías hedonistas*: lo que hace que la vida sea mejor o peor es la calidad de las experiencias subjetivas del individuo, asociando calidad de vida a la obtención de sentimientos de placer y felicidad. La evaluación se hace en términos emocionales o afectivos, valorando el estado de ánimo de la persona y que determinará el equilibrio entre los afectos positivos y negativos. Es lo que se denomina *felicidad*. Así, una persona es más feliz cuantas más emociones agradables experimenta y menos desagradables. Vendría a ser la dimensión afectiva del bienestar subjetivo según Campbell.

Así, los elementos fundamentales de la calidad de vida desde la subjetividad vendrían definidos por la satisfacción global con la vida, el afecto positivo, los bajos niveles de afecto negativo y la satisfacción con dimensiones importantes de la vida para cada individuo (Diener, 1999)<sup>21</sup>.

⇒ **Perspectiva objetiva**: la calidad de vida se define en función de los recursos (dígase vivienda, servicios sociosanitarios, ingresos, entorno comunitario,...) de que disponen las personas o que son puestos a su servicio, para poder controlar y dirigir conscientemente su vida. Así, se habla de calidad de vida en referencia a las condiciones de vida evaluadas independientemente del sujeto, o sea, a las condiciones objetivas, basándose en afirmaciones sobre qué bienes y servicios, condiciones u oportunidades hacen que la vida de las personas sea mejor. Apelan por ello a criterios de medición que valoran el nivel de vida individual de manera que esté lo menos influido posible por la evaluación que hace la persona sobre su propia situación. Para ello utilizan indicadores sociales que se pueden observar y mantener

---

<sup>21</sup> Diener, E.; Suh, E.M.; Lucas, R.E.; Smith, H.L. (1999): "Subjective Well-being. Three decades of progress". *Psychological Bulletin*. Vol. 125, N° 2, 276-302. Citado por Zamarrón, 2006 y Schalock y Verdugo, 2003

universalmente<sup>22</sup>. De ahí la justificación de políticas sociales como mecanismos para la mediación de la satisfacción de las necesidades básicas de la población y como garante del cumplimiento de los derechos sociales. Esta concepción, lo que conocemos normalmente como bienestar social, es la más extendida entre el público en general y constituye el fundamento para la provisión, por parte de los Estados, de un amplio abanico de servicios para la población.

Es evidente que los criterios o indicadores objetivos son necesarios ya que, desde el punto de vista de la intervención profesional o para la definición de las prioridades de los programas sociales, estos indicadores pueden guiar la toma de decisiones. Y no sólo eso. Es preciso asumir que sólo cuando las necesidades básicas de los sujetos y comunidades están satisfechas (vivienda, educación, trabajo, salud,...) entonces, es posible empezar a hablar de calidad de vida desde la subjetividad. No obstante, también es cierto que es posible que una persona no vea mejorada su calidad de vida individualmente por el mero hecho de que incrementemos el conjunto de bienes que ponemos a su disposición una vez satisfechas sus necesidades básicas (Aguilar, Pérez Yruela y Serrano, 1995).

En un esfuerzo por superar este debate sobre lo objetivo y lo subjetivo Schalock propuso lograr un consenso en lo relativo a las dimensiones e indicadores de calidad de vida que pudieran ser medidos a nivel personal, funcional u objetivo y social. Si bien no podemos negar que el marco en el que se desarrolla la vida de una persona (familia, vecindario, cultura, marco político, nivel de renta...) definen unas condiciones objetivas de vida, cada sujeto percibe y vivencia de forma individual el estado de las cosas, aportando así subjetividad a la experiencia. Prueba de ello es el hecho de que la calidad de vida puede significar cosas diferentes para diferentes personas. Se trata por tanto de un fenómeno fundamentalmente subjetivo que se basa en la percepción individual de distintos aspectos de la vida de una persona. No obstante, no se cuestiona la importancia de mejorar las condiciones ambientales de la vida de aquéllas (Schalock y Verdugo, 2003, Verdugo y Vicent, 2004). De hecho, la realidad muestra que sólo a partir de la posesión de un mínimo de recursos, es decir, cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas, es posible pensar en la calidad de vida en términos estrictamente subjetivos.

---

<sup>22</sup> Organismos oficiales como la OMS o la Comisión Económica para América Latina de Naciones Unidas, al tratar de implantar políticas sociales y sanitarias para la mejora del bienestar de la población, operacionalizan el concepto en elementos o indicadores objetivos, observables, tales como nivel de ingresos, expectativa de vida o servicios sociales y sanitarios.

Para concluir, un concepto operativo de calidad de vida y una plena comprensión de qué es una vida de calidad exigen tener en cuenta tanto los componentes objetivos de aquélla (servicios de salud, ingresos, apoyos que recibe,...) como los aspectos subjetivos (valoraciones, juicios, percepciones, sentimientos). Así, la calidad de vida objetiva pasa necesariamente por el “espacio vital” de las aspiraciones, expectativas, experiencias vividas, de las necesidades y en último término de los valores de las personas. Es a través de este espacio vital como se convierte en bienestar subjetivo (Blanco, 1985)<sup>23</sup>. Tan importante en la vida de una persona es, por ejemplo, el apoyo social que recibe de su entorno familiar o el número de medicamentos que tiene prescritos (objetivo) como la satisfacción que ese apoyo le proporciona o si perciben su salud como satisfactoria (subjetivo). La calidad de vida vendrá a ser el resultado de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y las variables subjetivas o personales, siendo por tanto un término inclusivo que aglutina todos los aspectos de la vida de una persona tal y como ella los vivencia.

En el contexto de esta controversia, y en referencia al colectivo de personas mayores, Fdez. Ballesteros<sup>24</sup> propone el siguiente modelo explicativo de la calidad de vida, según el cual aquélla viene determinada o definida por la interacción entre factores objetivos y subjetivos:



<sup>23</sup> Blanco, A. (1985): La calidad de vida, supuestos psicosociales. En J.F. Morales y cols. *Psicología Social Aplicada*. DDF. Citado por Moreno y Ximénez, 1996.

<sup>24</sup> Fdez Ballesteros y Maciá, 1993.

Este carácter interactivo entre la dimensión objetiva y subjetiva de la calidad de vida queda también reflejado en la definición del término propuesta por el Grupo de Trabajo de la OMS en 1993 al definir la calidad de vida *"como 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 influenciado 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"*.<sup>25</sup>

Si bien actualmente el factor clave de consenso en torno al tema es que ningún autor o ninguna conceptualización o formulación sobre calidad de vida deja de incluir la dimensión subjetiva (Schalock y Verdugo, 2003)<sup>26</sup>, no debemos correr el riesgo de reducir la calidad de vida a subjetividad, pues el reduccionismo no nos permitirá una percepción integral de un concepto de por sí diverso, empobreciendo e invalidando el concepto. Este reduccionismo nos permitiría mantener la sospecha de que, por ejemplo, una persona que vive en un contexto de marginalidad que necesariamente debe ser mejorado, puede contemplar su situación de forma optimista y satisfactoria, pudiendo ser feliz en medio de la ignorancia y la miseria<sup>27</sup>. Por el contrario, reducir la calidad de vida exclusivamente a las condiciones objetivas de vida nos podría llevar a imponer una sociedad estandarizada y basada en contenidos y metas establecidas por una minoría y difícilmente de lograr para una gran mayoría.

#### ➤ *Conceptualización nomotética versus conceptualización ideográfica.*

Otra de las grandes controversias que suscita el concepto de calidad de vida es si éste tiene un carácter ideográfico, es decir, si es el propio sujeto quien ha de establecer las dimensiones o ingredientes que lo integran, o si por el contrario se puede establecer un criterio general de calidad de vida para todos los sujetos.

---

<sup>25</sup> Pedrero García, E. Monografía *"La calidad de vida y las personas mayores"* [www.psicomundo.com](http://www.psicomundo.com)

<sup>26</sup> Si bien la calidad de vida es un concepto relevante para determinar la política pública, la evaluación de servicios o el desarrollo de programas, sigue siendo un concepto enraizado en las percepciones individuales y en los valores. De hecho, la gran mayoría de los autores consideran que las percepciones individuales y los valores de la persona son un aspecto clave de la calidad de vida.

<sup>27</sup> Paradoja del bienestar, Mroczek, D.K y Kolarz, C.M., (1998): "The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspectiva on apiñes". *J Pers. Soc. Psicol.* 75: 1333-1349. Citado por Triadó y Villar, 2006.

En este sentido, es posible establecer un concepto general de calidad de vida, con unas dimensiones comunes para todos los grupos humanos. Sin embargo, también es posible atribuir valores relativos a las variables que la constituyen, de tal forma que el peso de cada dimensión de calidad de vida puede variar de unos a otros individuos, también puede ser diferente para un mismo individuo a lo largo de las distintas etapas vitales y también puede variar en función del marco contextual en el que nos estemos moviendo. Así, *“Dado que las necesidades humanas básicas son bastante generales, es bastante poco probable que los componentes de la calidad de vida definidos por dos sujetos diferentes difieran notablemente; lo que es probable es que ciertos componentes tengan más peso que otros en ciertos momentos o en ciertas situaciones”*<sup>28</sup>. De hecho, mientras que para una persona mayor la salud es el aspecto más valorado de su calidad de vida, para un joven sano puede tener un valor secundario.

Por tanto, si bien es posible establecer una serie de componentes comunes de la calidad de vida, estas dimensiones variarán en cuanto a su peso o ponderación en función de los individuos. Más aún, las circunstancias en las que se encuentra una persona o el contexto en el que se mueve, nos permitirá explicar y predecir, hasta cierto punto, su calidad de vida particular de acuerdo a variables contextuales como edad, género, estatus social,... (Schalock y Verdugo, 2003, Fdez. Ballesteros, 1998). En esta línea Schwartzmann (2003) sostiene que el concepto de calidad de vida no puede ser en modo alguno independiente de las normas culturales, de los patrones de conducta ni de las expectativas individuales. Se trata de un concepto relativo que si bien en última instancia nos remite al plano individual, a lo subjetivo, tiene al menos 3 marcos de referencia:

- Histórico: cada sociedad tiene parámetros diferentes de calidad de vida en momentos distintos de su historia.
- Cultural: las tradiciones culturales hacen variar los parámetros de calidad de vida de unos pueblos a otros.
- Clase social: las expectativas que cada uno tiene en relación a su vida está directamente relacionadas con su estatus social.

---

<sup>28</sup> Fernández Ballesteros, 1998, Pág. 58

La gran variedad de modelos conceptuales y definiciones propuestas sobre calidad de vida, (más de 100 formulaciones y medidas del constructo según Keith)<sup>29</sup> hacen difícil el consenso sobre su significado. Pero en su conjunto, “*la mayoría de las concepciones de calidad de vida comparten factores comunes con sentimientos generales de bienestar, sentimientos de implicación social positiva y oportunidades para desarrollar el potencial personal*” (Keith, 2001)<sup>30</sup>.

A modo de síntesis, y pese a la controversia y falta de consenso en torno al concepto, podemos afirmar, tomando como referente a Castellón Sánchez del Pino (2003) y a Cummins<sup>31</sup> que:

#### SÍNTESIS

- ⇒ Se trata de un macro-concepto complejo y multidimensional que incluye diferentes dimensiones (si bien no existe consenso en cuanto al número de ni a sus características), a las que es posible atribuir un peso relativo en función de una serie de parámetros personales o sociales, y con componentes tanto objetivos como subjetivos.
- ⇒ La valoración que hace una persona sobre su propia calidad de vida está en relación tanto de los componentes objetivos como de los subjetivos, de tal forma que dicha valoración estará condicionada por el tipo de relación establecida entre ambas dimensiones, así como por una serie de factores moduladores, tales como sexo, edad y nivel social.
- ⇒ La calidad de vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo. En su dimensión subjetiva, cada persona pondera de forma diferente cada uno de los ámbitos o dominios que constituyen aquélla.
- ⇒ Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, independientemente de sus circunstancias vitales.

Como complemento a esta síntesis consideramos conveniente presentar las distintas conceptualizaciones de calidad de vida que han ido surgiendo durante estos años y que podrían aglutinarse en torno a 4 modelos, tal y como propusieron en 1995 Felce y Perry (Castellón Sánchez del Pino, 2003):

<sup>29</sup> Keith, K.D. (2001): “International quality of life: current conceptual, measurement and implementation issues”, *International Review of Research in Mental Retardation*, 24: 49-74. Citado por Aguado Díaz y otros, 2005

<sup>30</sup> Citado por Schalock y Verdugo, 2003, Pág. 309

<sup>31</sup> Cummins, R.A. (1997): “Assessin quality of life”. En R. Browmn (Ed.): *quality of life for people with disabilities*. Chentelham: Stanley Thornes. Citado por Yanguas Lezaun, 2006.

- ⇒ **1ª. Calidad de vida entendida como la calidad de las condiciones de vida de las personas** (esta conceptualización se centra en la descripción objetiva de las condiciones de vida sin ninguna interpretación subjetiva de cómo el individuo percibe y reacciona ante tales condiciones).
- ⇒ **2ª. Calidad de vida como satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales** (se centra en la evaluación subjetiva de la satisfacción. Según ésta concepción, existen unos estándares objetivos a partir de los cuales se puede definir la calidad de vida, pero la satisfacción con la vida se describe como un criterio separado y, en último término, el más importante para definir el bienestar individual).
- ⇒ **3ª. Calidad de vida entendida como la calidad de las condiciones de vida junto a la satisfacción que la persona experimenta** (combinación de condiciones objetivas y subjetivas. Esta formulación, al reflejar tanto factores objetivos como subjetivos, es sensible a la propia visión que el individuo tiene de sus circunstancias de vida a la vez que mantiene una perspectiva independiente sobre esas circunstancias).
- ⇒ **4ª. Calidad de vida entendida como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas del sujeto** (indicadores objetivos y subjetivos y el grado de importancia que cada sujeto concede a cada una de las áreas).

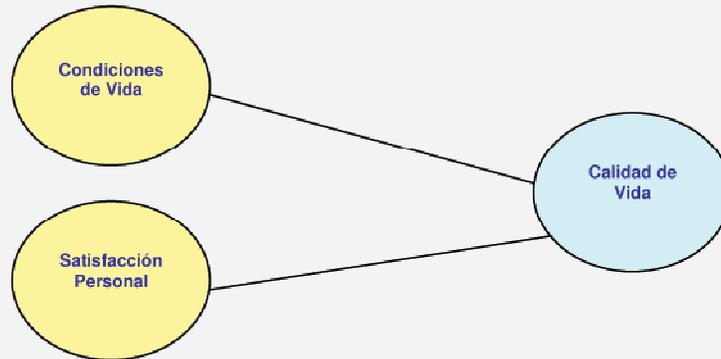
## CONCEPTUALIZACIONES DE LA CALIDAD DE VIDA



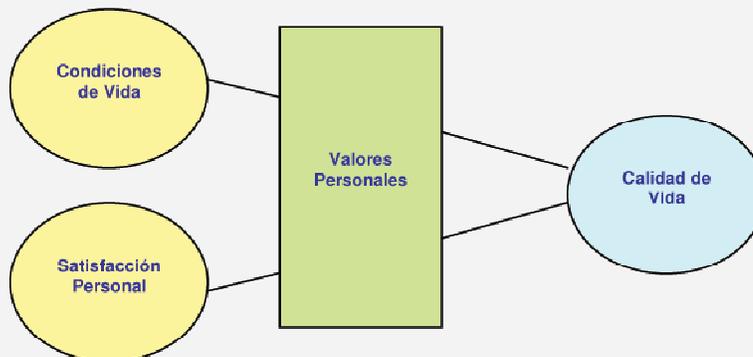
Calidad de Vida en términos de Condiciones de Vida



Calidad de Vida como satisfacción con la Vida



Calidad de Vida definida como combinación de las Condiciones de Vida y la Satisfacción



Calidad de Vida definida como combinación de las Condiciones de vida y la Satisfacción en función de una escala de importancia

(Folce y Perry, 1995, traducido y adaptado por Gómez Vela y Sabeh, 2001)

### *Hacia una propuesta integradora sobre el concepto de calidad de vida.*

Llegados a este punto consideramos importante detenernos en la conceptualización y definición operativa de calidad de vida propuesta por Robert Schalock en 1996 y 1997) y posteriormente desarrollado por Schalock y Verdugo por ser, además de la más novedosa, la más aceptada por la comunidad científica y profesional internacional y por sus implicaciones prácticas, entre otros, en el ámbito de las personas mayores (Verdugo, 2002).

La propuesta de Schalock se enmarca en el tercer modelo de conceptualización de la calidad de vida que acabamos de ver, aquél que entiende la calidad de vida como el resultado de la interacción entre elementos objetivos y subjetivos. Al mismo tiempo concibe la calidad de vida como un concepto conformado por distintas dimensiones (multidimensionalidad), las mismas para todas las personas, independientemente de su situación. Pero se trata de un concepto dinámico, y como tal puede variar a lo largo del ciclo vital, de tal forma que el peso de las dimensiones o componentes de aquélla difiere en los distintos momentos de la vida. El modelo de calidad de vida propuesto por Schalock, con sus dimensiones e indicadores, lo convierten en un constructo organizativo que puede guiar eficazmente la provisión de servicios para aquéllas personas en situación de mayor vulnerabilidad, como podrían ser personas discapacitadas o personas mayores, entre otros. Las dimensiones que propone, ocho en total, son el resultado no sólo de modelos teóricos previos, sino también de numerosos estudios empíricos llevados a cabo por el autor.

El modelo teórico de Schalock proporciona a los profesionales de distintas disciplinas una guía y directriz para la realización de actividades de planificación y evaluación (*“no se puede planificar o evaluar la calidad de vida de una persona en el vacío, sin contar con un modelo previo”*)<sup>32</sup> basadas en la calidad de vida (Aguado Díaz y otros, 2005). Representa un intento de proporcionar una conceptualización de la calidad de vida de carácter integrador basada, entre otros, en una importante revisión bibliográfica de estudios publicados sobre calidad de vida entre 1985 y 1999 en un amplio rango de disciplinas o áreas como educación, salud física, salud mental,...y también áreas relativas a las personas mayores. En palabras del propio autor, *“la integración de la investigación sobre calidad de vida nos ha permitido proponer y desarrollar un modelo unificado, que es aplicable a todos los servicios humanos*

---

<sup>32</sup> Schalok. R.(1995) [www.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornadas1](http://www.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornadas1)

*y que permite a los profesionales usar un lenguaje común y compartir criterios de acción similares”<sup>33</sup>.*

Para Schalock la calidad de vida refleja una percepción general de bienestar o satisfacción resultante de la relación entre factores objetivos y subjetivos. Esta percepción no se puede entender ni separar del contexto en el que las personas viven e interactúan, ni de sus experiencias vitales y de cómo éstas son interpretadas por ellas mismas y por aquellas personas que son importantes o significativas en sus vidas. Pero, si bien no existe acuerdo en cuanto al peso relativo de las contribuciones del individuo y las del entorno a la calidad de vida, para Schalock (1995) ésta es sobre todo un fenómeno fundamentalmente subjetivo fruto de las percepciones que tiene una persona de las distintas experiencias de su vida, en áreas como las relaciones sociales, las actividades en la comunidad, el bienestar físico, el bienestar material, el desarrollo personal, la satisfacción y la felicidad. Pero a su vez sostiene que no se puede cuestionar el hecho de que mejorar las condiciones ambientales en las que se desarrolla la vida de las personas tendrá un efecto positivo percepción general de bienestar.

El enfoque que propone (en consonancia con el interés universal hacia el concepto de calidad de vida) tiene una perspectiva universal y transcultural (aun reconociendo que “*el entendimiento de la calidad de vida desde una perspectiva transcultural se encuentra en su infancia*”)<sup>34</sup>, fruto de su participación e implicación en estudios e investigaciones internacionales que han evidenciado la universalidad de la calidad de vida; no obstante el modelo muestra respeto hacia las singularidades de las personas y la variabilidad de las diversas culturas. Este respeto demanda una conciencia y una sensibilidad hacia los diferentes sistemas y factores contextuales que influyen en la vida de las personas y en su conducta. Así, Schalock defiende que la calidad de vida se expresa y depende, hasta cierto grado, de los diferentes contextos y circunstancias en que se encuentran las personas. En consecuencia, el autor adopta, para una completa comprensión del concepto y de las percepciones del sujeto sobre su calidad de vida, una perspectiva de sistemas o perspectiva ecológica (“*enfoque ecológico*”) que permite describir los numerosos ámbitos en los que se desarrolla el comportamiento humano y que influyen en el desarrollo de sus valores, creencias, comportamientos y actitudes afectando, por tanto, a su calidad de vida. Así, los niveles del sistema que afectan a nuestra calidad de vida son:

---

<sup>33</sup> Schalock y Verdugo, 2003, Pág. 47.

<sup>34</sup> Ibid., 29.

- El **microsistema**, o contexto social más próximo a la persona (familia, hogar, grupo de iguales,...) y que afecta directamente al día a día en la vida de aquél.
- El **mesosistema**: vecindario, comunidad, agencias de servicios y organizaciones que afectan al funcionamiento del microsistema.
- El **macrosistema**: o los patrones culturales más amplios, marco sociopolítico y económico y otros factores relacionados con la sociedad y que afectan de forma directa a nuestros valores, creencias y al significado de palabras conceptos. (Schalock y Verdugo, 2003).

Puesto que el concepto de calidad de vida ha de entenderse en el marco del contexto en el que se desarrolla la vida de las personas, y en modo alguno puede ser independiente de las normas culturales y patrones de conducta, además de las expectativas de cada uno,<sup>35</sup> Schalock defiende la necesidad de incluir dimensiones e indicadores clave de calidad de vida que reflejen los distintos sistemas donde viven aquéllas y nos permitan su medición. En las investigaciones llevadas a cabo las dimensiones de calidad de vida (y también sus indicadores) presentan bastante estabilidad en las distintas culturas (perspectiva transcultural). No obstante, estas dimensiones tienen un peso relativo, variando su importancia en función del contexto social y cultural en el que se desarrolla la vida de aquéllas, de la etapa vital en que se encuentren y del nivel del sistema en el que nos centremos, sea micro, meso o macrosistema.

Otro impacto significativo del concepto de calidad de vida, particularmente en el ámbito de la intervención social, es que fruto de su estudio han surgido varios principios que han otorgado un significado adicional al concepto y sobre los que se puede organizar la aplicación de la calidad de vida. Son lo que Schalock denomina *principios conceptuales básicos de calidad de vida*<sup>36</sup>. Estos 5 principios en la concepción de la calidad de vida son:

- La calidad de vida se compone de los mismos indicadores y relaciones que son importantes para todas las personas en educación o educación especial, salud física, salud mental y comportamental, retraso mental y discapacidades intelectuales, envejecimiento y familias.

---

<sup>35</sup> Schwartzmann, 2003.

<sup>36</sup> Estos principios surgen del trabajo consensuado internacionalmente por el Grupo de Investigación con Interés Especial sobre la Calidad de Vida, pertenecientes a la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales.

- La calidad de vida se experimenta cuando las necesidades de la persona se ven satisfechas y cuando se tiene oportunidad de mejorar en las áreas vitales más importantes.
- Tiene componentes tanto subjetivos como objetivos, pero es la percepción del individuo, fundamentalmente, lo que refleja la calidad de vida que experimenta.
- Se basa en las necesidades, elecciones y control individual.
- Es un constructo multidimensional influenciado por factores personales y ambientales (como son las relaciones de intimidad, la vida familiar, la amistad, el trabajo, el vecindario, la ciudad o lugar de residencia, la vivienda, la educación...).

### *Dimensiones o dominios de calidad de vida.*

Dada la propia naturaleza multidimensional de la calidad de vida resulta difícil aceptar una única definición al tratar de delimitarla conceptualmente. Si bien es cierto que en el debate que refleja la bibliografía consultada no existe consenso sobre una definición empírica, este consenso sí que existe en lo relativo a que un concepto operativo de calidad de vida:

- Debe contener, aun admitiendo que existen *“algunos desacuerdos en cuanto al peso relativo de las contribuciones del individuo versus del entorno en la calidad de vida”*<sup>37</sup>, tanto aspectos subjetivos o individuales (evaluación subjetiva del bienestar) como aspectos objetivos u observables (descripción objetiva de las condiciones de vida), reconociendo que la persona, como “objeto de estudio”, es sujeto de una realidad sobre la que él también puede y debe aportar conocimientos válidos (Casas, 1999).
- Siendo un concepto multidimensional, sus distintos componentes tienen un peso diferente en relación a una serie de parámetros externos o sociales (*“pues la calidad de vida, como concepto multidimensional, no es independiente de los contextos diferentes que produce la vida y a los cuales pertenece el sujeto”*)<sup>38</sup> y parámetros o factores intraindividuales o personales. Existe un amplio acuerdo en que las dimensiones que constituyen la calidad de vida son valoradas por los individuos de modo diferente y de que el valor o el peso asociado a cada dimensión varía en una

---

<sup>37</sup> Schallock, 2003, Pág. 32

<sup>38</sup> Fdez. Ballesteros, 1998, Pág. 3

misma persona a lo largo de su ciclo vital (Schalock y Verdugo, 2003, Fdez. Ballesteros, 1998), dependiendo a su vez del contexto (histórico, político y social) en el que se desarrolla la vida.

La mayoría de los estudios sobre calidad de vida asumen que un número de elementos que contribuye a la calidad de vida puede aglutinarse o agruparse en un nivel superior denominado “dimensión” o “dominio” –“conjunto de factores componen el bienestar personal”<sup>39</sup>-, cada uno de los cuales incluye una serie de “indicadores”, - “percepciones, comportamientos o condiciones específicas de cada dimensión, que reflejan el bienestar de una persona”<sup>40</sup>-, que nos dan detalle de la calidad de vida experimentada por un individuo.

La cuestión, sin embargo, reside en identificar esas dimensiones o condiciones que parecen determinar la calidad de vida y los distintos indicadores específicos en los que estas dimensiones se operativizan, así como la importancia o peso que se le atribuye a cada una de esas dimensiones. El inicio de esta búsqueda se remonta a 1976, al trabajo pionero de Campbell, Converse y Rodgers<sup>41</sup>. Desde entonces la calidad de vida ha sido operativizada en términos de capacidades y limitaciones físicas, funcionamiento emocional y cognitivo, desempeño de roles psicosociales relativos al ocio, el trabajo, la vida familiar, las relaciones sociales,...

Cuándo nos preguntamos sobre los indicadores de calidad de vida que definen las distintas dimensiones irremediamente surge la cuestión relativa a la controversia entre los enfoques objetivos y subjetivos de aquélla. Inevitablemente el posicionamiento teórico condicionará tanto la estrategia de evaluación como las técnicas a emplear para llevarla a cabo. En este sentido, debemos insistir en que la evaluación de la calidad de vida, si queremos captarla en toda su complejidad y amplitud, requiere de la combinación y complementariedad de indicadores objetivos y subjetivos. No obstante, poner el acento exclusivamente en indicadores subjetivos es legítimo, siempre y cuando no pretendamos a la vez definir la calidad de vida sólo en términos subjetivo (Aguilar, Pérez Yruela y Serrano, 1995).

---

<sup>39</sup> Schalock y Verdugo, 2003, Pág. 24

<sup>40</sup> Schalock y Verdugo, 2003 Pag. 24

<sup>41</sup> Campbell, A.; Converse, P.E. y Rodgers, W.L. (1976): “*The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions*”, Nueva York, Russell Sage. Citado por Schalock y Verdugo, 2003.

La mayoría de los especialistas concuerdan en aglutinar los indicadores de calidad de vida en torno a tres grupos: sociales, psicológicos y ecológicos<sup>42</sup>.

- Los indicadores sociales se refieren a las condiciones externas relacionadas con el entorno, tales como salud, bienestar social, amistades, nivel de vida, educación, seguridad ciudadana, hogar, tiempo libre, etc.
- Los indicadores psicológicos comprenden el bienestar psicológico y la satisfacción personal como consecuencia del afrontamiento de los acontecimientos ordinarios de la vida personal. Miden las reacciones subjetivas de la persona a la presencia o ausencia de ciertas experiencias vitales.
- Los indicadores ecológicos miden el ajuste entre los recursos del sujeto y la demanda del ambiente entre la persona y su medio se refiere a la congruencia entre los deseos de la persona y la satisfacción de esos deseos o necesidades.

Volviendo a las dimensiones de calidad de vida, veamos (Tabla 1) algunas de las propuestas más representativas que durante estos años han aparecido en relación a las distintas dimensiones o áreas de concepto de calidad de vida y que constituyen un referente para orientar la aplicación y evaluación de aquella.

---

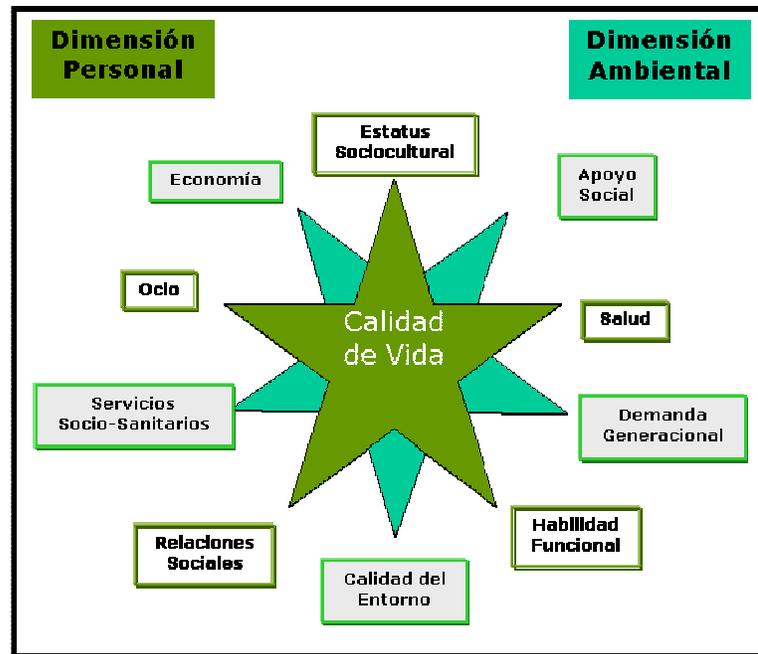
<sup>42</sup> Gómez Vela y Sabeh, 2002.

**Tabla 1. Dimensiones o dominios que conforman la calidad de vida.**

AUTOR	DIMENSIONES
<p><b>Lawton</b> (1991), quien define la calidad de vida como el conjunto de evaluaciones que hace el individuo sobre cada uno de los dominios de su vida actual, propone un modelo basado en 4 componentes (citado por Fdez. Ballesteros, 2001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bienestar psicológico</li> <li>▪ Calidad de vida percibida</li> <li>▪ Competencia conceptual</li> <li>▪ Ambiente objetivo</li> </ul>
<p><b>Borthwick-Duffy y colaboradores</b> (1992), definen la calidad de vida como la combinación entre las condiciones objetivas de vida y la satisfacción de las personas con sus condiciones de vida y sugieren 4 dimensiones esenciales de la calidad de vida (Pichardo Muñiz).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entorno</li> <li>▪ Relaciones interpersonales</li> <li>▪ Involucramiento en la comunidad</li> <li>▪ Estabilidad</li> </ul>
<p><b>Cummins</b>, en su Escala comprensiva de calidad de vida, evalúa el componente objetivo y subjetivo de la calidad de vida referido a siete áreas o dimensiones (Castellón Sánchez del Pino, 2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bienestar material</li> <li>▪ Salud</li> <li>▪ Productividad</li> <li>▪ Intimidación</li> <li>▪ Seguridad</li> <li>▪ Lugar en la comunidad</li> <li>▪ Bienestar emocional</li> </ul>
<p><b>Hughes</b> en 1990 define el término calidad de vida en torno a 6 categorías (Fdez. Ballesteros, 2001).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Características individuales</li> <li>▪ Factores del ambiente físico</li> <li>▪ Factores sociambientales</li> <li>▪ Factores socioeconómicos</li> <li>▪ Factores de autonomía personal</li> <li>▪ Factores de personalidad</li> </ul>
<p><b>Flanagan</b> (1982), para quien definir los componentes de la calidad de vida de las personas significa preguntarles a cerca de los componentes de su calidad de vida (perspectiva empírica) estableció 5 categorías principales (Schallock y Verdugo, 2003).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bienestar físico y material</li> <li>▪ Relaciones con otras personas</li> <li>▪ Actividades sociales, comunitarias y cívicas</li> <li>▪ Desarrollo y logro personal</li> <li>▪ Realización y recreación/ocio</li> </ul>
<p>La <b>Organización Mundial de la Salud</b> (1997) utiliza una perspectiva teórica y, ante la necesidad de proveer de una medida internacional de calidad de vida y de la promoción continuada de la salud, define la calidad de vida como un concepto amplio (<i>"la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones"</i>)<sup>43</sup> afectado de forma compleja por 6 grandes dominios o dimensiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salud física</li> <li>▪ Estado o salud psicológica</li> <li>▪ Nivel de independencia o funcionalidad</li> <li>▪ Relaciones sociales</li> <li>▪ Entorno</li> <li>▪ Espiritualidad, religión o creencias personales.</li> </ul>
<p>La <b>OCDE</b> (1982) elaboró un listado sobre las áreas o dimensiones de la calidad de vida, que incluye 6 áreas (citado por Castellón Sánchez del Pino, 2003):</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salud</li> <li>▪ Educación y adquisición de conocimientos</li> <li>▪ Trabajo y empleo</li> <li>▪ Tiempo libre y ocio</li> <li>▪ Capacidad adquisitiva</li> <li>▪ Servicios y entorno social</li> </ul>
<p><b>Felce</b> (1997), para quien las dimensiones de la calidad de vida deben satisfacer el criterio de tener en cuenta la complejidad de la vida (reflejada en la posibilidad de adoptar un enfoque de evaluación multielemento) y el criterio de reflejar los asuntos que son importantes para las personas (Verdugo y Vicent, 2004) recoge las siguientes dimensiones de la calidad de vida (Schallock y Verdugo, 2003).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bienestar físico</li> <li>▪ Bienestar material</li> <li>▪ Bienestar social</li> <li>▪ Bienestar relativo a la productividad</li> <li>▪ Bienestar emocional</li> <li>▪ Bienestar referido a los derechos o a los aspectos cívicos</li> </ul>
<p><b>Schallock</b> (Schallock y Verdugo, 2003), propone 8 dimensiones básicas de la calidad de vida, entendidas como el conjunto de factores que componen el bienestar personal. Cada una de ellas viene definida por una serie de indicadores, que son percepciones, comportamientos o condiciones específicas que reflejan la percepción de una persona o la verdadera calidad de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bienestar emocional</li> <li>▪ Relaciones interpersonales</li> <li>▪ Bienestar material</li> <li>▪ Desarrollo personal</li> <li>▪ Bienestar físico</li> <li>▪ Autodeterminación</li> <li>▪ Inclusión social</li> <li>▪ Derechos</li> </ul>
<p><b>Fdez. Ballesteros</b>, (1998) El modelo propuesto por Fernández Ballesteros y Maciá sobre las condiciones que determinan la calidad de vida de las personas ha sido desarrollado desde una perspectiva tanto teórica (a priori) como empírica (preguntando a la población sobre los aspectos que consideran importantes en relación a la calidad de vida). Incluye tanto componentes o factores externos o ecológicos como componentes o ingredientes personales, asumiendo que estos últimos son influenciados por las condiciones ambientales. La calidad de vida es contemplada como un concepto que no es independiente de los diferentes contextos en los que se desarrolla la vida de las personas, de tal forma que las circunstancias en las que se desarrolla su vida son variables que nos permiten predecir su calidad de vida</p>	<p><i>Factores personales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salud</li> <li>▪ Habilidades funcionales</li> <li>▪ Interacciones sociales</li> <li>▪ Satisfacción con la vida</li> <li>▪ Actividades de ocio.</li> </ul> <p><i>Factores externos o ecológicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apoyo social</li> <li>▪ Nivel de ingresos o condiciones económicas</li> <li>▪ Factores culturales</li> <li>▪ Calidad ambiental</li> <li>▪ Servicios sociales y de salud</li> </ul>

**MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA CALIDAD DE VIDA**

<sup>43</sup> WHOQOL-Calidad de vida. *"Medición de la calidad de vida. Instrumentos de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud"*.



Multidimensionalidad de la calidad de vida según Fdez. Ballesteros<sup>44</sup>

Si bien las dimensiones claves que definen la calidad de vida presentan bastante homogeneidad en unas sociedades y otras (y así lo reflejan los distintos modelos que acabamos de ver) existe una variación en la importancia o el peso que cada una de esas dimensiones tiene en la calidad de vida en una u otra sociedad. Así, personas igualmente satisfechas no están satisfechas con las mismas dimensiones de la vida (Madox, 2003).

En las distintas propuestas de dimensiones de la calidad de vida que hemos visto hay una que destaca por encima del resto: la *salud*. La importancia de ésta en la calidad de vida es doble:

1. Por un lado, el nivel de salud afecta directamente a las actividades de la vida diaria.
2. Por otro, el nivel de salud afecta al resto de elementos que están presentes en la calidad de vida: ocio, bienestar emocional, autonomía, relaciones sociales,...

A pesar de su importancia, sería erróneo sobredimensionar el concepto de salud, pues la calidad de vida es algo más que aquélla. Reducir el concepto a salud empobrecería y limitaría sobremanera la capacidad de intervención. De hecho, en las personas *“la calidad de vida es determinada por su nivel de funcionamiento y la habilidad de permanecer independiente, más que por las enfermedades que padezcan”*<sup>45</sup>

<sup>44</sup> Fdez. Ballesteros y Maciá, 1993, Pág. 79

<sup>45</sup> Pincemín, 2006, Pág. 31.

### *Aplicabilidad de la calidad de vida. Importancia de contar con un modelo conceptual.*

La investigación sobre calidad de vida ha tenido durante su evolución y en una de sus orientaciones o líneas de trabajo, el objetivo de *promover su aplicabilidad a la vida diaria de las personas y grupos de población*. En los últimos años las investigaciones en esta línea han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos profesionales y científicos. Dado su carácter multidimensional y el consiguiente enfoque multidisciplinario, la calidad de vida se ha consolidado como un campo con un amplio abanico de aplicaciones (tanto en el plano personal como social), en particular en algunos ámbitos profesionales y en intervenciones con determinados colectivos en situación menos ventajosa, como pueden ser personas discapacitadas, personas institucionalizadas, enfermos o personas mayores. La incorporación de la calidad de vida a estos ámbitos está resultando ser sumamente positiva, por ser ámbitos tradicionalmente asistencialistas y con cargas semánticas y connotaciones negativas de grupos sociales en ocasiones excluidos. En este sentido, *“el núcleo del concepto de calidad de vida nos hace pensar de un modo diferente sobre las personas que se encuentran al margen de la sociedad y sobre cómo podríamos generar un cambio tanto a nivel individual como social para poder incrementar el bienestar de la gente y reducir su exclusión de la sociedad dominante”*<sup>46</sup>

Así por ejemplo, en el ámbito de la salud y de la mano de los avances en medicina, que han contribuido a que muchas enfermedades en otro tiempo mortales sean ahora crónicas, el objetivo ya no es sólo prevenir y eliminar la enfermedad, sino mejorar los niveles de calidad de vida en el día a día del paciente. Otros ámbitos que han ido incorporando el estudio y evaluación de la calidad de vida son el de la psiquiatría (en el que se realizan evaluaciones de calidad de vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias, o para determinar las necesidades de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía), la psicología (cuyo objetivo es delimitar sus dimensiones, establecer sus indicadores, elaborar técnicas para su evaluación y determinar los programas de intervención con la finalidad de mejorar el nivel de bienestar del individuo y la sociedad) y la educación (en particular en el ámbito de las personas con necesidades educativas especiales)<sup>47</sup>. Todos ellos asumen que una adecuada conceptualización de la calidad de vida es un requisito previo para que aquélla

---

<sup>46</sup> Schalock y Verdugo, 2003, Pág. 34.

<sup>47</sup> Gómez Vela y Sabeh, 2002.

pueda ser utilizada como herramienta eficaz en las tareas de programación y planificación así como en la evaluación y monitoreo.

Al hablar de la aplicación del concepto de calidad de vida no debemos perder la perspectiva de que más allá de la importancia científica de aquélla, su relevancia es tanto personal como social, aspectos interrelacionados entre sí y necesarios para comprender la calidad de vida experimentada por las personas.

En lo personal, la definición de calidad de vida está, básicamente, enraizada en las percepciones de los individuos y en sus valores, en su dimensión subjetiva. En esta línea un aspecto que Schalock destaca en relación a la importancia del concepto es que éste aporta un conjunto de principios para incrementar el bienestar subjetivo y psicológico de las personas, los cuales aportan orientación y referencia al trabajo de los profesionales. Este conjunto de principios, denominados *principios para la aplicación de la calidad de vida*<sup>48</sup>, están basados en el trabajo de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales. Así, la calidad de vida debe:

1. Aumentar el bienestar personal.
2. Aplicarse a la luz de la herencia cultural y étnica del individuo.
3. Colaborar para promover un cambio a nivel de la persona, el programa, la comunidad y a nivel nacional.
4. Aumentar el grado de control personal y de oportunidades individuales ejercido por el individuo en relación con sus actividades, intervenciones y contextos.
5. Ocupar un papel prominente en la recogida de evidencias, especialmente para identificar predictores significativos de una vida de calidad, y para valorar el grado en que los recursos seleccionados mejoran los efectos positivos.
6. El concepto, además de que permite adoptar una nueva perspectiva sobre las personas e influir de forma positiva en los profesionales que trabajan en los campos de la educación, salud y servicios sociales, es un paradigma que puede contribuir a la identificación, desarrollo y evaluación de apoyos, servicios y políticas.

En el ámbito social, la calidad de vida se ha convertido en un concepto especialmente significativo para orientar y definir planes y políticas públicas, evaluar y monitorear los

---

<sup>48</sup> Schalock y Verdugo, 2003, p. 41.

servicios ofertados y para impulsar programas innovadores tanto a nivel local, nacional e internacional. Ha devenido así con el tiempo en un objetivo prioritario del estado de bienestar y de las políticas sociosanitarias y también económicas. De hecho, el incremento de la calidad de vida de la población en general y de determinados colectivos en particular, es un tema coincidente y recurrente en las políticas sociales y sanitarias y en los consiguientes planes y programas de intervención. Teniendo en cuenta que dichos planes y programas tienen como objetivo la mejora de la calidad de vida de distintos grupos humanos, conocer qué factores o qué dimensiones son más relevantes en la percepción de calidad de vida de aquéllos tiene un valor inestimable para la intervención psicosocial ya que guiarán y orientarán el diseño y planificación de estrategias y programas adaptados a las prioridades de cada grupo concreto. En otras palabras, para que el concepto de calidad de vida y su aplicación sean realmente significativas han de incorporar temas de interés y relevancia para la vida de las personas, de tal forma que una vez identificados dicho predictores (qué cosas específicas son valoradas por las personas) los programas puedan intervenir sobre ellos. Así, por ejemplo, el componente universalmente más destacado en la calidad de vida de las personas mayores, la salud física y mental, es efectivamente el objetivo prioritario de los programas y servicios destinados a esta población.

Pero es necesario, para poder planificar intervenciones y programas de mejora de calidad de vida, partir de un modelo conceptual que esté validado empíricamente que nos sirva de guía y directriz<sup>49</sup>, aun sabiendo de la complejidad que conlleva delimitar conceptualmente la calidad de vida, fundamentalmente por ser un constructo que pretende abarcar la casi totalidad de la dimensión humana y por ser un concepto que puede significar cosas diferentes para distintas personas. Así, la planificación ha de contemplar la multidimensionalidad de calidad de vida así como su dimensión objetiva y subjetiva. Si los planes y programas no tienen claro cuál es el significado y extensión de calidad de vida, se corre el riesgo de poner en marcha programas, servicios y políticas abocadas a priori al fracaso, pues no estarán claros ni para los planificadores de aquéllos ni para los beneficiarios de los mismos.

La puesta en marcha de medidas dirigidas a la mejora de la calidad de vida ha de ser, además de planificada, evaluada, ya que es preciso proporcionar evidencias de que las técnicas y métodos que se están poniendo en práctica tienen un impacto real en el bienestar de las personas y han producido cambios sociales positivos y deseados. La valoración de la eficacia

---

<sup>49</sup> Schallock, [www.usal.es/~inico/investigación/jornadas/](http://www.usal.es/~inico/investigación/jornadas/)

de los programas centrados en la calidad de vida ha de ser una evaluación en el tiempo, longitudinal, basada en resultados, de tal forma que las decisiones que se adopten a partir de los mismos nos permitan, por un lado, mejorar la eficacia y el impacto de aquéllos, pero también su eficiencia o relación coste-beneficio, una de las mayores preocupaciones de los gestores de los servicios sociosanitarios. La medición de la calidad de vida conlleva las mismas dificultades que su definición, y saber qué es lo que preocupa a la gente es un ejercicio que requiere tiempo y recursos. No obstante, esto no debe ser excusa para poner en marcha políticas y programas de mejora de calidad de vida (O'Shea, 2003).

Por tanto, si queremos obtener resultados de calidad de vida válidos y referidos a la persona es preciso que los esfuerzos se basen en una adecuada planificación (que tome como referencia un modelo conceptual de calidad de vida) y evaluación de los resultados, pues la calidad de vida efectiva no es fruto del azar, sino que ha de ser planificada y evaluada.

Existen varias razones (como apunta Reig, 2000)<sup>50</sup> que explican la importancia que ha adquirido el estudio de la calidad de vida y el interés por medirla y evaluarla, tanto en la población en general como en el caso de colectivos con necesidades especiales:

- ⇒ 1ª. El concepto de calidad de vida ha proporcionado protagonismo a colectivos especialmente sensibles, como personas discapacitadas, personas mayores, sus familias y cuidadores,...resaltando la importancia de tener en cuenta sus experiencias, opiniones y posicionamientos, preocupaciones,...
- ⇒ 2ª. El interés por el estudio de la calidad de vida, que se ha traducido en una proliferación (en todas las áreas y disciplinas del saber) de instrumentos para su evaluación y medición, está permitiendo:
  - Identificar problemas que preocupan o afectan a la vida de las personas y que por otros procedimientos han pasado desapercibidos.
  - Evaluar con regularidad el grado de competencia funcional del individuo, lo que permite intervenir para poder mantenerla o si es preciso mejorarla.
  - Establecer diagnósticos diferenciales y proporcionar atención específica.
  - Valorar los resultados que está teniendo la intervención.
  - Etc.

---

<sup>50</sup> Yanguas Lezaun, 2006.

En esta misma dinámica, y según Gómez Vela y Sabeh (2002), el concepto de calidad de vida puede permitirnos, entre otras:

- Evaluar las necesidades de las personas así como sus niveles de satisfacción.
- Evaluar los resultados de la aplicación de programas y servicios concretos.
- Dirigir y guiar la provisión de servicios destinados a la población.
- Formular políticas nacionales e internacionales tanto para la población en general como para colectivos específicos.

Schalock y Verdugo (2003) sostienen que el concepto de calidad de vida, además de estar emergiendo como un principio organizador de aplicación en la mejora de la sociedad, está siendo utilizado en todo el mundo como una noción *sensibilizadora* (ya que proporciona referencia y guía desde la perspectiva del individuo, centrada en las áreas que componen el bienestar personal), un *constructo social* (que ofrece un modelo para evaluar las dimensiones de calidad de vida) y un *tema unificador* (que provee una estructura sistemática para aplicar políticas y prácticas orientadas a la calidad de vida). Su aplicabilidad es posible tanto a nivel personal o individual (microsistema), organizacional (mesosistema, referido a la educación, atención sanitaria y los servicios sociales) como social (macrosistema). El modelo que proponen (Tabla 2) para guiar los intentos de aplicación del concepto de calidad de vida y las técnicas de mejora de la calidad implica la combinación de las 8 dimensiones de calidad de vida (y que hemos detallado en la página 29) con los 3 niveles o sistemas que inciden en nuestras vidas.

		Dimensiones centrales de calidad de vida							
		Bienestar emocional	Relaciones Interpersonal	Bienestar material	Desarrollo personal	Bienestar físico	Autodeterminación	Inclusión social	Derechos
Niveles de mejora	<b>Microsistema:</b> crecimiento personal y desarrollo de oportunidades								
	<b>Mesosistema:</b> técnicas de mejora de la calidad relativas al programa o al entorno.								
	<b>Macrosistema:</b> políticas sociales.								

Tabla 2: Modelo ecológico de mejora de la calidad de vida<sup>51</sup>

<sup>51</sup> Schalock y Verdugo, 2003, Pág. 311.

### *Calidad de vida en las personas mayores. Especificidad del concepto.*

Las necesidades, aspiraciones e ideales relativos a una vida de calidad están determinados, como ya señalamos anteriormente, por el momento evolutivo en que se encuentran las personas. Así, la percepción de satisfacción se ve influida por variables relacionadas con la edad. Las conceptualizaciones o modelos teóricos de calidad de vida que hemos visto anteriormente (Pág. 43) consideran ésta desde una perspectiva global, sin prestar particular atención al factor edad. Hoy en día, sin embargo, se constata un interés por el estudio y evaluación diferencial de la calidad de vida en los diferentes momentos evolutivos, lo que ha dado lugar a un análisis de la calidad de vida en la infancia, adolescencia, madurez y vejez. Ya en los años 60 Cantril<sup>52</sup> avanzaba que las dimensiones claves de determinan la calidad de vida son valoradas de distinta forma por una misma persona durante las distintas etapas de su ciclo vital, de tal forma que las necesidades, aspiraciones e ideales vinculados a una vida de calidad (es decir, la percepción de satisfacción) varían en función del momento evolutivo; Pero también varía el peso de dichas dimensiones de unas sociedades a otras y de unos individuos a otros. Tanto es así que podemos afirmar que el concepto presenta distintos significados para distintas personas.

Uno de los ámbitos donde el estudio sobre la calidad de vida ha sido más prolijo y ha adquirido mayor relevancia en los últimos años es el de la vejez y las personas mayores, evolucionando de forma paralela al cada vez mayor interés por este sector de población mostrado por diversas disciplinas. De este modo, ocuparse y preocuparse por una vida de calidad está pasando a ser en la actualidad la meta gerontológica más perseguida y valorada (Reig, 2000)<sup>53</sup>, en un contexto de mayor esperanza de vida que reclama más altos niveles de calidad de vida y bienestar. De hecho, y en relación a las personas mayores, “*los estudios de calidad de vida hoy se proponen profundizar en los factores objetivos que conducen al bienestar de los individuos, y en los procesos psicológicos que permiten afrontar el deterioro y que llevan a la persona a la satisfacción y felicidad*”<sup>54</sup>. Así, el tema central de la investigación en el ámbito de la gerontología es el estudio de las formas de envejecer de forma satisfactoria, con calidad de vida, con la intención de identificar qué factores o

---

<sup>52</sup> Cantril, H. (1966): *The pattern of human concerns*. New Brunswick: Rutgers University Press. Citado por Madox, 2003.

<sup>53</sup> Citado por Yanguas Lezaun, 2006.

<sup>54</sup> Schalock y Verdugo, 2003, Pág. 162.

predictores determinan un buen envejecer y poder así establecer programas y servicios para su promoción.

Si bien la calidad de vida en la persona mayor comparte elementos comunes con otros grupos de edad, tiene, no obstante, un perfil propio y peculiar en el que no intervienen, o tienen un peso menor, factores que son importantes a otras edades. Podemos así hablar de la especificidad de la calidad de vida en este grupo de población: *“la calidad de vida en personas mayores tiene un perfil específico en el que no intervienen factores propios de de otros grupos de edad”* (Ruiz y Vaca, 1993)<sup>55</sup>. En este sentido, y *“puesto que las necesidades humanas son bastante comunes, es poco probable que los componentes de calidad de vida definidos por dos sujetos difieran notablemente. Lo que sí es probable es que ciertos componentes tendrán un peso más importante en momentos dados y en ciertas situaciones”*<sup>56</sup>.

El enfoque diferencial sobre la calidad de vida en la población mayor camina paralelo al aumento en la esperanza de vida. Los mayores, por lo general, presentan una salud más quebradiza, con enfermedades y deterioros normales, propios de la edad, asociados al envejecimiento. No en vano una población envejecida, en un contexto de mayor esperanza de vida, implica una mayor probabilidad de que se vivan más años con discapacidad. Así, la preocupación de las políticas sociales y sanitarias dirigidas a la población mayor persigue que la calidad de vida de aquéllos se ajuste a la mayor expectativa de vida (Reyes Camejo y otros)<sup>57</sup>. De no ser así aumentarían las posibilidades de incapacidad y dependencia en estos años. Sin embargo, los deterioros asociados al paso de los años no impiden que las personas envejecan con niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social (Montorio, Izal y Pérez, 2006). De hecho, las personas mayores, aunque en general estén en situaciones más difíciles y adversas que los más jóvenes, manifiestan los mismos niveles de bienestar o felicidad que aquéllos (Zamarrón, 2006) y tienden a reportar, en todo el mundo, el mayor grado de satisfacción de todos los grupos de edad (Cantril, 1966)<sup>58</sup>.

Las dificultades a la hora de definir la calidad de vida en los mayores se derivan (al igual que en otras etapas evolutivas) de la complejidad del término, estando condicionada por la

---

<sup>55</sup> Citado por Limón Mendizábal, 2006, Pág. 148.

<sup>56</sup> Fdez. Ballesteros, 1998 Pág. 58

<sup>57</sup> “Salud en la tercera edad y calidad de vida”, 2002. [www.geriatranet.com](http://www.geriatranet.com)

<sup>58</sup> Citado por Madox, 2003.

interacción entre características personales y circunstancias contextuales que influyen el comportamiento del mayor y por las distintas dimensiones que la constituyen. La particular situación vital de los mayores -pérdida de autonomía, mayor fragilidad física, cambio de rol social,...- implica que existan ciertos dominios que tienen un peso determinante sobre otros a la hora de que aquéllos definan su calidad de vida. A efectos operativos, de planificación y evaluación de programas, el identificar las dimensiones de mayor relevancia y significación para la población mayor en la percepción de su calidad de vida es fundamental para el diseño de estrategias y programas que la mejoren. Estos sólo serán pertinentes en la medida que incorporen temas de interés para la vida de los propios mayores.

El análisis sobre el grado de importancia que las distintas dimensiones de calidad de vida tienen para las personas mayores arrojará resultados diversos en función del marco contextual (social, político y cultural) en el que nos movamos. Así, en países desarrollados, donde por lo general las necesidades básicas están cubiertas, tal y como señalan Bowling y Windsor (2001)<sup>59</sup> la *salud*, seguida de las *relaciones sociales* (relaciones familiares y contactos sociales) son las dimensiones más relevantes de la calidad de vida en personas mayores de 65 años. Junto a éstas, el grado de *autonomía o estado funcional* es otra de las dimensiones que adquiere especial relevancia al definir el bienestar. Ello se debe a que un deterioro en las habilidades funcionales influye de forma negativa en otras dimensiones de la calidad de vida (Clark, 1991)<sup>60</sup>, siendo el principal factor desencadenante de una mayor necesidad y demanda de apoyo, así como de un alejamiento del ámbito familiar y social. El *apoyo social* recibido y percibido es otro de los factores especialmente significativos que condicionan la calidad de vida del mayor. La ausencia de dicho apoyo, bien proceda del cónyuge, del grupo familiar, de los proveedores de servicios o de los recursos de apoyo social existentes deriva en una falta de motivación para cuidarse que perjudica el estado general de salud del mayor. La *situación económica, el acceso a servicios sociales y sanitarios* o las *características de la vivienda* (o del lugar donde viven, en el caso de las personas mayores que están institucionalizadas), son otros de los factores especialmente significativos que determinan la calidad de vida del mayor.

---

<sup>59</sup> Bowling, A. y Winsor, J. (2001): "Towards the good life. A population survey of dimensions of quality of life". *Journal of Happiness Studies*, 2. Pp 55-81. Citados por Aranibar Munita.

<sup>60</sup> Clark, P. G. (1991): "Ethical dimensions of quality of life in aging: Autonomy vs. Collectivism in the United States and Canada". *The Gerontologist*, 31 (5). Pp 402-411. Citado por Verdugo, 2002 y Schalock y Verdugo, 2003.

La revisión bibliográfica de estudios e investigaciones sobre calidad de vida llevada a cabo por Schalock y Verdugo (2003) les lleva a establecer un orden (decreciente) en las 8 dimensiones de calidad de vida –ver Pág.50-, en función del número de referencias encontradas (Tabla 3).

Su trabajo destaca, como dimensión de calidad de vida más significativa en la población mayor, la salud física, en consonancia con otros estudios similares. La importancia del estado de salud en los mayores responde (y explica el porqué los programas y servicios de atención a esta población se centran de forma prioritaria en ella) a que dicha dimensión condiciona otras áreas de su calidad de vida, de tal forma que cuando existen problemas de salud la percepción del individuo sobre su bienestar se modifica radicalmente.

Al estado de salud le siguen, como dimensiones más aludidas, la inclusión social, el bienestar emocional, el desarrollo personal y las relaciones interpersonales. Por el contrario, las dimensiones de derechos humanos, autodeterminación y bienestar material son las menos presentes en los estudios sobre calidad de vida revisados por Schalock y Verdugo.

Un aspecto a tener en cuenta en el establecimiento de servicios y programas de mejora de calidad de vida en la población mayor es la particular relevancia que para ellos tiene el grado de protección social que el sistema les brinda (de hecho el bienestar de las personas de edad está estrechamente ligado al nivel de protección social al que tienen acceso)<sup>61</sup>, la oferta de servicios sociosanitarios a los que tienen acceso así como la calidad de los mismos. En este sentido, tal y como destacan Schalock y Verdugo, los profesionales que prestan dichos servicios juegan un papel fundamental en la percepción de calidad de vida que tienen los mayores.

---

<sup>61</sup> Aspiazu Garrido, 2002.

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA	INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA
<b>BIENESTAR FÍSICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud (salud física, nivel de funcionamiento físico, dolor, morbilidad, medicación, actividad de independencia física)</li> <li>• Habilidades sensoriales (visual, auditiva)</li> <li>• Bienestar físico global</li> <li>• Atención médica (asistencia médica, cuidado institucional, servicios de cuidado).</li> <li>• Actividades de la vida diaria (autocuidado, actividades recreativas)</li> <li>• Ocio</li> <li>• Nutrición</li> <li>• Movilidad</li> </ul>
<b>INCLUSIÓN SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente residencial (ambiente de vida, provisión de servicios, calidad de servicios)</li> <li>• Apoyos</li> <li>• Inclusión social (presencia comunitaria)</li> <li>• Actividades de voluntariado (participación, actividad)</li> <li>• Roles</li> </ul>
<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar psicológico</li> <li>• Satisfacción (satisfacción, felicidad, satisfacción con la vida)</li> <li>• Salud mental</li> <li>• Autoconcepto (autoestima)</li> </ul>
<b>DESARROLLO PERSONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competencia personal (capacidad funcional, déficit)</li> <li>• Educación</li> <li>• Habilidades</li> </ul>
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyos</li> <li>• Interacciones (vida social, relaciones sociales, actividad significativa, participación, relación con los médicos)</li> <li>• Amistades (relaciones amistosas, soledad)</li> </ul>
<b>DERECHOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derechos</li> </ul>
<b>BIENESTAR MATERIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleo (trabajo, incentivos, retiro)</li> <li>• Nivel socioeconómico</li> <li>• Vivienda</li> <li>• Finanzas</li> </ul>
<b>AUTODETERMINACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía (Independencia)</li> <li>• Elecciones</li> <li>• Metas / Valores personales.</li> </ul>

**Tabla 3. Dimensiones e indicadores de calidad de vida en envejecimiento<sup>62</sup>**

En nuestro entorno más próximo, Fernández Ballesteros y Maciá (1998) proponen un modelo sobre las condiciones que determinan la calidad de vida de las personas mayores y que nos sirven de guía a la hora de establecer su evaluación. Este modelo ha sido desarrollado desde una perspectiva tanto teórica (a priori) como empírica (preguntando a la población sobre los aspectos que consideran importantes en relación a la calidad de vida de las personas mayores). La investigación llevada a cabo determinó que los componentes de la calidad de vida, por orden de importancia, son el *estado de salud* (disponer de una buena salud física, mental y emocional), las *habilidades funcionales* (ser capaz de cuidar de uno mismo), los *recursos económicos* (tener un buen nivel de ingresos), las *relaciones familiares y sociales* (tener relaciones con familiares y amigos), las *actividades de la vida diaria y actividades*

<sup>62</sup> Schalock y Verdugo, 2003, Pág. 172-174.

*recreativas* (mantenerse activo), los *servicios sociales y de salud* (tener acceso a buenos servicios sociosanitarios), la *satisfacción vital* (sentirse satisfecho con la vida), los *recursos culturales y educacionales* (tener la oportunidad de aprender cosas nuevas) y el *entorno* (tanto referido al hogar como al contexto próximo).

El informe editado por la OMS “*Salud de las personas mayores*”<sup>63</sup>, en consonancia con el modelo multidimensional de calidad de vida en las personas mayores, establece una serie de áreas a evaluar, muchas de ellas coincidentes con las propuestas que acabamos de ver. Las 7 áreas a evaluar son:

DIMENSIONES	INDICADORES
Actividades de la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movilidad física</li> <li>• Actividades básicas de la vida diaria</li> <li>• Actividades instrumentales de la vida diaria.</li> </ul>
Estado funcional en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionamiento cognitivo</li> <li>• Presencia de sintomatología psicopatológica o mental</li> </ul>
Funcionamiento psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar emocional</li> </ul>
Salud física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción subjetiva del estado de salud</li> <li>• Sintomatología física de tipo médico</li> <li>• Utilización de servicios de salud</li> <li>• Niveles de actividad y medidas de incapacidad</li> </ul>
Recursos sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accesibilidad a la familia o al entorno más próximo de amistades</li> <li>• Disponibilidad de recursos sociales cuando se necesitan.</li> </ul>
Recursos económicos y ambientales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de hogar</li> <li>• Suficiencia de medios económicos</li> <li>• Condiciones de la casa</li> <li>• Proximidad de transporte público.</li> <li>• Proximidad de lugares de compra</li> <li>• Proximidad de servicios públicos.</li> </ul>

**Tabla 4. Dimensiones e indicadores de calidad de vida según la OMS**

Como hemos visto previamente, el concepto “calidad de vida” y su definición teórica y operativa está sujeto a una continua controversia, aún no superada. Es evidente que el proceso de evaluación y la estrategia a seguir será distintas en función de si aquella es considerada un constructo simple, unitario, multidimensional, subjetivo,....Por otra parte, necesitamos saber qué dimensiones e indicadores la conforman y deben ser analizados, para así poder decidir también qué tipo de técnicas de medición utilizar, bien sean objetivas o subjetivas, generales o específicas.

A lo largo de esta revisión hemos visto cómo existe un cierto consenso a la hora de asumir la multidimensionalidad de la calidad de vida, así como el hecho de que ésta aparezca en la intersección de la dimensión objetiva y subjetiva. De la misma forma, se asume que aquella

<sup>63</sup> “*Health of the Elderly*”, informe realizado por un Comité de expertos de la OMS y editado en 1989 en el marco del programa de la Organización Mundial de la Salud *Global Programme for Health of the Elderly-HEE* (Programa Global para la salud de las personas mayores). Citado por De Lucas Vaquero, 2003.

depende tanto de factores personales o individuales como contextuales o ambientales. Por ello, una definición operativa ha de reflejar irremediabilmente la multidimensionalidad del concepto e incluir junto a los aspectos objetivos una dimensión subjetiva, contemplando la evaluación dicha dimensión (Verdugo y Vicent, 2004). Por tanto, ha de contener necesariamente indicadores o elementos objetivos, de medición real, de los distintos ingredientes o dimensiones de la calidad de vida así como indicadores o elementos subjetivos, de valoración, juicio o sentimiento, asociados a la percepción que tiene la persona mayor sobre lo que significa vivir satisfactoriamente.

Así, hoy son mayoría los que se inclinan porque la calidad de vida sea medida mediante combinaciones de indicadores objetivos (de condiciones materiales) e indicadores subjetivos (psicosociales), existiendo, en relación a la dimensión subjetiva de la calidad de vida, una mayor concienciación sobre la importancia de que sean las propias personas las que den sentido a sus propias vidas en el contexto cultural y de valores en el que aquéllas acontecen y en relación a sus objetivos de vida (O´Shea, 2003). En consecuencia, y para evitar cualquier problema metodológico en torno a la evaluación de la calidad de vida y con objetivo de aprender ambos aspectos de una misma realidad, el objetivo y el subjetivo, es preciso que aquélla sea multimetódica (pluralismo metodológico), lo que supone la aplicación y combinación de instrumentos o técnicas tanto cuantitativas como cualitativas.

Schalock, en relación a la medición de la calidad de vida, propone 5 principios generales, aplicables a cualquier grupo de edad. Estos son:

- La calidad de vida evalúa el grado en que las personas tienen experiencias vitales importantes y valoradas por ellas.
- La medición de la calidad de vida permite a los individuos avanzar en el logro de una vida significativa apreciada y valorada por ellos.
- La medición de la calidad de vida valora el grado en que las dimensiones vitales contribuyen a una vida plena e interconectada.
- La medición de la calidad de vida se realiza en los ambientes importantes para la persona: donde vive, trabaja y se divierte.

- La medición de la calidad de vida de las personas se basa tanto en experiencias humanas comunes como en experiencias de vidas únicas, individuales<sup>64</sup>.

Los distintos enfoques o métodos que tradicionalmente se han utilizado para evaluar la calidad de vida (de la población en general, y también de los mayores) podríamos englobarlos, ateniéndonos al componente objetivo y subjetivo de aquélla, en dos tipos:

- *Enfoques cualitativos (o subjetivos)*: Medir la calidad de vida desde la perspectiva individual supone identificar las dimensiones de calidad de vida valorados por el sujeto para contrastarlas con sus percepciones de satisfacción personal o felicidad. Estos métodos incluyen elementos de valoración, juicio o sentimiento sobre los distintos indicadores que conforman la calidad de vida. Se basan en la percepción y evaluación que hace el sujeto sobre sus experiencias vitales en aspectos tales como bienestar físico y material, relaciones sociales, actividades en la comunidad, desarrollo personal,...Adoptan por tanto una postura de escucha mientras la persona relata sus experiencias, desafíos, problemas. No obstante, podemos encontrarnos con dificultades a la hora de evaluar la calidad de vida subjetiva del mayor, como por ejemplo, evaluar a quienes por sufrir algún tipo de patología incapacitante, como la demencia, tienen problemas para comunicarse, o bien problemas derivados de los diferentes significados atribuidos por distintas personas a las mismas preguntas sobre calidad de vida. Por ello, al evaluar el componente subjetivo es importante, de manera complementaria, obtener datos de aquéllas personas que son significativas para el mayor.
- *Enfoques cuantitativos (u objetivos)*: cuyo objetivo es operativizar la calidad de vida reduciéndola o estudiando los diferentes indicadores sociales externos y objetivos, como el estatus social, nivel educativo, ambiente próximo, servicios sociales, calidad ambiental,...indicadores que pueden observarse con fiabilidad y parecen estar aceptados universalmente.

La elección definitiva de un instrumento de evaluación estará en función del objetivo de la medición Si bien las técnicas más utilizadas en la evaluación de la calidad de vida de

---

<sup>64</sup> Schalock y Verdugo, 2003, Págs. 253-254.

personas mayores son de carácter positivistas o cuantitativas, centrándose en procedimientos de toma de datos relativamente objetivos (Raphael, 1996)<sup>65</sup>, en los últimos tiempos se aprecia un movimiento hacia enfoques naturalistas (O'Shea, 2003). Puesto que se trata de aprehender dos aspectos distintos de una misma realidad ambos métodos son útiles, necesarios y complementarios para evaluar la calidad de vida y para la comprensión de una vida de calidad. El tipo de técnica más común son las escalas y los cuestionarios, seguidos de inventarios, perfiles, índices, entrevistas estructuradas y encuestas. Por lo general los investigadores desempeñan un papel directivo a la hora de aplicar los instrumentos de evaluación, quedando las personas mayores relegadas a un papel pasivo en lo concerniente a aportar información sobre su calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2003).

Al preguntarnos sobre los posibles objetivos o propósitos de la evaluación y medición de la calidad de vida Fdez. Ballesteros (1996) señala los siguientes:

- Entender las causas y consecuencias de las diferencias en la calidad de vida entre individuos y grupos de individuos.
- Conocer cuál es el impacto sobre la calidad de vida de las condiciones ambientales y sociales.
- Estimar las necesidades de un grupo de población concreto.
- Evaluar la eficacia o eficiencia de las intervenciones en el ámbito de la salud.
- Evaluar la calidad del sistema sanitario.
- Tomar decisiones clínicas.

En cuanto a la tipología de instrumentos de evaluación de calidad de vida existe una gran variedad, la mayoría dirigidos a evaluar la calidad de vida de la población en general, y que también se emplean en personas mayores (instrumentos genéricos)<sup>66</sup>, y un número menor

---

<sup>65</sup> Rápale, D. (1996): "Defining quality of life: debates concerning its measurements", en R. Renwick, I. Brown y M. Nagler (eds). *Quality of life in Health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues and applications*, Thousand Oaks, CA, Sage, Pp. 146-165. Citado por Schalock y Verdugo, 2003.

<sup>66</sup> Un ejemplo de este tipo de instrumentos es la Escala de Calidad de vida de la OMS en su doble versión, WHOQOL-100 y la versión abreviada WHOQOL-BREF. Ambos instrumentos de medición de calidad de vida han sido desarrollados transculturalmente (con la ayuda y colaboración de 15 centros a nivel mundial) y permiten evaluar la calidad de vida en una variedad de situaciones y grupos de población. El WHOQOL-100 proporciona puntuaciones en relación a facetas particulares de calidad de vida –sentimientos positivos, apoyo social, recursos económicos,...-, puntuaciones en relación a áreas –física, psicológica, relaciones sociales,...- y una puntuación en relación a la calidad de vida global y la salud general. El WHOQOL-BREF proporciona puntuaciones de áreas, pero no de facetas individuales. OMS: "Medición de la calidad de vida. Instrumentos de la OMS", 1997.

cuando hablamos de instrumentos propios destinados a evaluar la calidad de vida del mayor (instrumentos específicos).

Podemos hablar de instrumentos que evalúan un aspecto o dimensión particular de la calidad de vida de las personas mayores (instrumentos unidimensionales), como la Escala de Valoración Física de Barthel<sup>67</sup>, el Índice de Actividades de la Vida Diaria-Índice de Katz<sup>68</sup> o la Escala de Lawton y Brody<sup>69</sup>. Todas ellas evalúan la competencia funcional. La Escala de Depresión Geriátrica-GDS<sup>70</sup> es la única escala específica que evalúa depresión en personas mayores y fue diseñada para detectar síntomas de depresión. Dada la frecuencia de problemas socioafectivos en personas mayores y su impacto en el resto de dimensiones de calidad de vida esta escala es de particular interés en la valoración geriátrica. El Cuestionario Abreviado sobre el Estado Mental, de Pfeiffer (elaborado a partir del Mental State Questionnaire de Kahn, 1960) tiene la finalidad de determinar la presencia y el grado de deterioro cognitivo<sup>71</sup>. Otros instrumentos de evaluación de calidad de vida de especial relevancia son la Escala de Recursos Sociales-OARS (Universidad de Duke, 1978), que evalúa el apoyo social y la Escala de Satisfacción Filadelfia (Philadelphia Morale Scale, de Lawton, 1972), que evalúa la satisfacción vital<sup>72</sup>.

Pero con el paso del tiempo los instrumentos diseñados para evaluar la calidad de vida son cada vez más multidimensionales. En ellos, el bienestar físico es la dimensión más evaluada, seguida del bienestar emocional, inclusión social, desarrollo personal, bienestar material y las relaciones interpersonales<sup>73</sup>

---

<sup>67</sup> El *Índice de Barthel de Actividades de la Vida Diaria* (publicado en 1963 por Mahoney y Barthel) valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida (ducha/baño, vestido, aseo personal, uso del retrete, uso de las escaleras, traslado sillón-cama, desplazamiento, control de orina, control de heces y alimentación) siendo uno de los instrumentos de valoración funcional más extendidos en España en los servicios de geriatría. De Lucas Vaquero, 2003.

<sup>68</sup> *Index of Activities of Daily Living*, Katz y cols, 1963, citado por Moreno y Ximénez, 1996. Este índice evalúa el grado de dependencia o independencia en personas mayores en 6 funciones: bañarse, vestirse, ir al servicio, desplazarse, continencia, alimentación.

<sup>69</sup> También conocida como *Philadelphia Geriatric Center-Instrumental Activities Daily Living* (1969), y que evalúa las actividades instrumentales de la vida diaria. De Lucas Vaquero, 2003.

<sup>70</sup> *Geriatric Depression Scale*, Yesavage, Brink y cols, 1982-1983. La escala consta de 30 preguntas y se pide a la persona mayor que elija la respuesta que más se parece a su estado de ánimo en las últimas semanas. Citado por Schalock y Verdugo, 2003 y De Lucas Vaquero, 2003.

<sup>71</sup> *Short Portable Mental Status Questionnaire-SPMSQ* (1975) Citado por De Lucas Vaquero, 2003.

<sup>72</sup> <http://www.ingema.es/caste/interior/publicaciones/evaluacion.php>

<sup>73</sup> Schalock y Verdugo, 2003.

Entre los instrumentos multidimensionales más utilizados nos encontramos con el OARS-MAFQ<sup>74</sup>, que proporciona información sobre el estado funcional en 5 áreas o dimensiones: recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y actividades de la vida diaria, entendida en términos de capacidad para el autocuidado e independencia instrumental para actividades de la vida diaria; otro de los instrumentos multidimensionales es el Cuestionario Breve de Calidad de Vida-CUBRECAVI, de Fdez. Ballesteros, que evalúa 9 dimensiones de calidad de vida y que fue concebido para ser administrado mediante entrevistas individuales realizadas por un profesional o auto-administrado a personas mayores en aplicaciones individuales o grupales. Con el objeto de poder ponderar la importancia subjetiva e ideográfica de cada uno de los componentes de la calidad de vida en el mayor, el Cuestionario contiene también una pregunta en la que se interroga al sujeto sobre el orden de importancia que la persona atribuye a los distintos determinantes de la calidad de vida<sup>75</sup>. Otro instrumento de medición de calidad de vida específico para personas mayores, caracterizado por su brevedad y sencillez y que evalúa varias dimensiones de calidad de vida (bienestar físico, bienestar emocional, inclusión social y relaciones interpersonales) es la Escala de Estado de Ánimo-PGC de Lawton<sup>76</sup>

Es evidente, por tanto, que el abordaje del concepto de calidad de vida en las personas mayores así como su evaluación requiere contemplar, además del contexto de referencia:

- Su multidimensionalidad, lo que implica un acercamiento a la misma desde los distintos campos científicos y desde las distintas disciplinas interesadas en la evaluación de la calidad de vida de las personas mayores.
- Los componentes objetivos y subjetivos que la determinan. Esto implica que la medición de la calidad de vida ha de ser objetiva (centrándose en las circunstancias

---

<sup>74</sup> *Older American Resources and Services-Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (Cuestionario Multidimensional de Evaluación Funcional), elaborado en el año 1978 por la Universidad de Duke para ser utilizado en estudios epidemiológicos. De Lucas Vaquero, 2003, Aranibar Munita.

<sup>75</sup> Este cuestionario, basado en el concepto multidimensional de calidad de vida propuesto por la OMS, permite realizar una exploración rápida de los componentes más relevantes de la calidad de vida de las personas mayores. Los baremos, contruidos sobre una muestra de más de 1000 personas mayores de 65 años, permiten comparar con un grupo normativo el nivel de calidad de vida del sujeto en cada una de las 9 dimensiones que evalúa: salud (subjetiva, objetiva y psíquica), integración social (satisfacción con la convivencia, frecuencia de las relaciones sociales y satisfacción de las relaciones sociales), habilidades funcionales (autonomía funcional y actividades de la vida diaria), actividad y ocio (nivel de actividad, frecuencia de actividades y satisfacción de las actividades), calidad ambiental (satisfacción de los elementos ambientales y satisfacción general de la vivienda), satisfacción con la vida, educación, ingresos y servicios sociales y sanitarios.

<sup>76</sup> Philadelphia Geriatric Center Morele Scale, Lawton, 1972, específicamente dirigida a personas mayores para la evaluación de su bienestar subjetivo y que ha sido validada con población española por Montorio. De Lucas Vaquero, 2003.

objetivas de la vida de las personas) y subjetiva (incluyendo elementos de valoración, juicio, sentimiento).

- Diferentes métodos y técnicas de evaluación y medida que nos permitan aprehender la realidad en toda su amplitud y complejidad (evaluación multimetódica). En este sentido, y en el caso de las personas mayores, es preciso desarrollar nuevos instrumentos de medición de calidad de vida a partir de los cuales poder establecer programas para poder intervenir y potenciarla.

### *La promoción del envejecimiento exitoso: en busca de la calidad de vida en la vejez*

La literatura gerontológica de las últimas décadas ha experimentado un giro importante en relación a la visión de decadencia y declive que reflejaban los distintos modelos de envejecimiento propuestos. Así, las investigaciones iniciales dirigidas a identificar y valorar los déficit asociados al proceso de envejecimiento han dado paso, en los últimos años, a estudios cuyo objetivo ha sido, por el contrario, la identificación de aquellas variables que pueden contribuir a una adecuada calidad de vida en las personas mayores. Así, ha habido una transición desde los estudios en los que se retrataba la vejez en términos de pérdidas hasta la noción de envejecimiento exitoso (satisfactorio, competente, saludable, activo). El Encuentro de la Sociedad Gerontológica Americana de 1986, con su lema “*Markers of successful ageing*” (“Indicadores de envejecimiento exitoso”), muestra ese giro en el enfoque de estudio del envejecimiento (García Martín y Hombrados, 2002) hacia una dimensión más positiva. A partir de aquí la gerontología y otras ciencias afines iniciaron el estudio de las formas satisfactorias de envejecer tratando de identificar los predictores de una vejez libre de enfermedad e incapacidad funcional, con altos niveles de calidad de vida y de cómo aprovechar el enorme potencial asociado a las personas mayores. Como consecuencia, los agentes sociales comenzaron a promover políticas, planes y programas para promocionar el envejecimiento satisfactorio. Pero el envejecimiento exitoso, antes de su conceptualización, existía tiempo atrás como una aspiración humana, pues todos desean envejecer con calidad de vida, sin problemas de salud, pérdida de funcionalidad,... (Brigueiro, 2005).

Con el tiempo han ido surgiendo distintos modelos o posicionamientos en torno al envejecimiento exitoso. Los *biológicos* consideran la longevidad y la comprensión de la

morbilidad como los principales factores de envejecimiento exitoso; los modelos *cognitivos* hacen referencia a niveles de funcionamiento cognitivo superiores a la media dentro del mismo grupo de edad o iguales a los de individuos de edad inferior; los modelos de envejecimiento *psicosocial* exitoso destacan la interacción social, el bienestar y la satisfacción con la vida como los principales determinantes del envejecimiento exitoso. Pero el análisis de estos modelos ha revelado que un único indicador de envejecimiento exitoso a menudo presenta debilidad al no poder predecir o explicar otros aspectos de la vejez con éxito. Por ello surgen los modelos multicriterio (Luppien y Wan, 2004), cuyas dos líneas más destacadas son:

- El modelo multicriterio de Rowe y Kahn (1987)<sup>77</sup>. El concepto de envejecimiento satisfactorio propuesto por aquéllos nace de la distinción entre envejecimiento patológico (caracterizado por patología grave y dependencia) y envejecimiento normativo (sin enfermedad grave o dependencia pero con un aumento del riesgo de padecerla asociado a la edad). Dentro de este último grupo de personas destacan aquéllos mayores con elevados niveles de funcionalidad tanto física, psicológica como social, que contradicen los estereotipos tradicionales de envejecer. Así, para Rowe y Kahn<sup>78</sup> el envejecimiento con éxito es aquél con baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada a aquélla, alta funcionalidad cognitiva y física y compromiso e implicación activa con la vida (mantenimiento de relaciones interpersonales y participación en actividades significativas). Son tres, por tanto, los ámbitos para la vejez satisfactoria: salud, competencia o funcionalidad física y cognitiva y compromiso con la vida.
- El modelo multicriterio de Baltes y Baltes (1990). Se trata de un modelo psicológico de competencia para el estudio del envejecimiento exitoso, que ofrece una formulación o modelo de calidad de vida aplicado específicamente a la vejez. Este modelo descansa en una perspectiva comportamental, según la cual lo que la persona hace, percibe, piensa o siente se relaciona con su longevidad, su salud y su calidad de vida (Reig, Cabrero y Richart, 1996). Este modelo es el denominado *modelo de optimización selectiva con compensación*. Según éste, las personas mayores afrontan

---

<sup>77</sup> El concepto es propuesto por Rowe y Kahn en el marco del estudio “Envejecimiento humano: envejecimiento común y envejecimiento exitoso”, de 1987. Citado por Luppien y Wan, 2004.

<sup>78</sup> Rowe, J.W. y Kahn, R.L. (1998): *Successful aging*. New York: Pantheon Books. Citados por Bowling y Dieppe.

razonablemente bien el envejecimiento y la vejez. O dicho de otro modo, se adaptan satisfactoriamente a la vejez. A pesar de los cambios negativos (pérdidas y disminuciones propias de esta etapa), los mayores continúan siendo eficaces en el mantenimiento de control sobre sus vidas y tienen una visión positiva sobre sí mismos y sobre su desarrollo personal. En el devenir evolutivo de la persona se llevan a cabo una serie de procesos adaptativos, con mayor o menor éxito en función de cada individuo. Estos procesos de adaptación también se dan en la vejez. Durante esta etapa, y en el caso de aquellas personas que envejecen con éxito, el sujeto realiza un esfuerzo de ajuste a las nuevas realidades que conlleva el paso de los años. Esta adaptación es el resultado de la puesta en práctica de mecanismos de *selección* (los individuos eligen las actividades de acuerdo con sus facultades, salud y entorno), *optimización* (el tratar de mantener un grado o nivel máximo en nuestras actividades es un objetivo a lo largo de todo el ciclo vital, también en la vejez) y *compensación* (si la persona mayor sufre algún déficit y ve disminuida su capacidad para realizar ciertas conductas, tiende a compensarlo poniendo en juego otras conductas más exitosas), lo que permite a las personas mayores vivir esta etapa con una calidad de vida efectiva (Yanguas, 2006). Es a partir de la integración de estos 3 mecanismos como la persona mayor puede conseguir regular las pérdidas asociadas a la edad, mantener un nivel razonable de funcionalidad e incluso obtener nuevos espacios de crecimiento o mejora en sus niveles de funcionamiento. En consecuencia, el examen de estos procesos adaptativos que llevan a cabo aquéllos que envejecen con éxito pueden ser relevantes a la hora de programar intervenciones que favorezcan o faciliten el buen envejecer (Villar y Cols., 2003).

Envejecimiento exitoso y calidad de vida son dos términos cuyo estudio y conceptualización han transitado de forma paralela hasta convertirse en términos próximos. El contexto en el que se desarrollan es el de unas sociedades cada vez más longevas que reclaman mayores niveles de calidad de vida asociados a esa mayor esperanza de vida. Al preguntar a las propias personas mayores sobre su visión del envejecimiento exitoso aquéllos incluyen aspectos tales como disponer de buena salud mental, psicológica, física y social; ausencia de discapacidad; satisfacción con la vida; seguridad económica; tener acceso a bienes educativos y culturales; espiritualidad,... En esta misma dirección, a la hora de analizar las causas o determinantes del envejecimiento exitoso aquéllos mayores que responden a este patrón declaran un alto grado de satisfacción vital, una menor demanda de cuidados de salud, un alto

grado de actividad e implicación en algún tipo de tarea, hacer ejercicio físico, controlar chequeos médicos, atender su bienestar espiritual, no implicarse en contextos o prácticas de riesgo, descansar y relajarse. (Reig, Cabrero y Richard, 1996).

Existe, por tanto, una estrecha relación entre los componentes que definen la calidad de vida en las personas mayores y los ámbitos que definen el envejecimiento exitoso. Así, podemos afirmar que envejecer con éxito o de forma satisfactoria es envejecer con calidad de vida en términos de satisfacción de necesidades, autonomía e integración y participación en la comunidad.

Pero envejecer con éxito y con calidad de vida no es una cuestión de azar. Para lograr un envejecimiento satisfactorio y aumentar las posibilidades de envejecer con calidad de vida es preciso adoptar un enfoque de carácter preventivo y promover en las personas habilidades que potencien comportamientos saludables, tanto en el plano físico, psicológico como social. Así, *“deberíamos plantearnos cubrir las necesidades del colectivo de la tercera edad desde una perspectiva preventiva a fin de eliminar elementos de riesgo que impliquen la adopción de conductas poco saludables y que disminuyan en exceso la calidad de vida”*<sup>79</sup>. Este abordaje ha de hacerse desde un enfoque de ciclo vital según el cual, y puesto que el desarrollo abarca la totalidad de la vida, estas medidas han de adoptarse a lo largo de todo el proceso de desarrollo. Es preciso promover el envejecimiento satisfactorio a través de la transmisión de conocimientos sobre cómo envejecer bien y el aprendizaje de comportamientos y estilos de vida saludables y adaptativos a lo largo de toda la vida (Fdez. Ballesteros, 1998). Pero, si envejecer de forma satisfactoria no es una cuestión de azar, tampoco es una responsabilidad exclusiva del individuo. Por ello, la oferta de servicios y programas hacia los mayores ha de estar encaminada, entre otras, a socializar estilos de vida que mejoren la calidad de vida, de tal forma que las personas adopten patrones y hábitos de conducta que les permitan un buen envejecer.

Existe un amplio consenso y evidencia empírica en que el comportamiento y los estilos de vida están directamente relacionados con la salud del mayor en su sentido más amplio y, en consecuencia, también con su calidad de vida (de hecho, tal y como afirma Reig<sup>80</sup>, diferentes estudios avalan la teoría de que el comportamiento es la cuestión central para envejecer con calidad de vida). A partir de aquí los esfuerzos en gerontología y en otras ciencias afines se

---

<sup>79</sup> Pérez Serrano, 2006, Pág. 24.

<sup>80</sup> Citado por Yanguas Lezaun, 2006.

han dirigido a identificar tanto los factores protectores como los factores de riesgo para la salud con el fin de prevenir la aparición de procesos patológicos que deriven en una pérdida de la calidad del proceso de envejecer. Pero además, y partiendo de la multidimensionalidad de la calidad de vida, los esfuerzos se han diversificado también hacia otros frentes además de la salud, intentado reducir el grado de discapacidad y dependencia en la población mayor, fortaleciendo los vínculos familiares y asegurando la permanencia del mayor en el hogar, aumentando las oportunidades de intercambios sociales, optimizando la oferta de servicios sociales, el acceso a bienes educativos y culturales, aumentando la disponibilidad de recursos económicos,... (*“Debería ser una prioridad pensar en cómo favorecer la creación de actitudes saludables como la autoestima, la realización personal, la de pertenencia a un grupo de referencia, la de apoyo y estímulo, etc.”*)<sup>81</sup> mejorando así, en definitiva, la expectativa y calidad de vida de la población mayor.

Desde los años 90 los investigadores han trabajado para identificar los factores que contribuyen al envejecimiento exitoso, con calidad de vida, en el marco de dos modelos o ámbitos diferentes: el individual y el social. En ambos casos el objetivo es intervenir sobre dichos factores para optimizar el proceso de envejecer:

- En el caso del envejecimiento exitoso de la población, se ha de basar en políticas y programas sociales (mejora de los servicios sociosanitarios, mejora de las condiciones ambientales, promoción de los derechos de la población mayor,...).
- En el caso del envejecimiento exitoso individual, concepto comportamental según el cual el propio individuo puede intervenir en la calidad de su propio proceso de envejecer y en su calidad de vida, es preciso promover medidas en torno a las áreas de salud, funcionalidad cognitiva y física, implicación activa con la vida, mayor compromiso social y participación, estilos de vida saludables, pensamiento positivo, percepción de control, estilos de afrontamiento en el manejo del estrés o la adversidad,... (Fdez. Ballesteros, Et Al. 2005). No obstante, existen también otros factores, tal y como nos recuerda Pincemín (2006), que pueden ser modificados para mejorar positivamente la calidad de vida de los mayores en el plano individual, tales como los cuidados y a atención médica personal, la vivienda, la integración social y la educación,...

---

<sup>81</sup> Pérez Serrano, 2006, Pág. 24.

Estos movimientos por identificar aquéllos factores que contribuyen al envejecimiento exitoso (factores muy próximos a los ámbitos que definen la calidad de vida) asumen la modificabilidad del proceso de envejecimiento. Las personas somos capaces de cambiar las situaciones que nos rodean y cambiarnos a nosotros mismos a medida que envejecemos, siendo capaces de ver nuestras vidas en términos optimistas. Según este planteamiento las personas mayores pueden ser entrenadas para que asuman una mayor responsabilidad en la calidad y las condiciones de su propio proceso de envejecer, de tal forma que las intervenciones con este colectivo pueden modificar los procesos de envejecimiento y la experiencia de envejecer y nunca es tarde para beneficiarse del entrenamiento (Madox, 2003). En esta misma dirección, y tal y como apunta Fries (1989), hay un amplio margen de modificabilidad a lo largo de toda la vida, también en la vejez, que nos permite predecir un buen envejecer mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y la calidad de vida, siendo ello posible a través del aprendizaje de estilos de vida saludables (Fdez Ballesteros, 1998a) y la promoción del crecimiento y desarrollo personal. Por ello, el examen de los procesos adaptativos que llevan a cabo las personas mayores que demuestran un buen envejecimiento pueden ser de especial importancia para presentar propuestas dirigidas a promover o facilitar el buen envejecer (Villar Et. Al, 2003).

Un aspecto que gana resonancia en el debate interno sobre el envejecimiento exitoso o saludable es el de considerar éste como una tarea de responsabilidad individual. Según algunos autores, el envejecimiento exitoso es una cuestión de opción individual. Éstos sostienen que envejecer de forma satisfactoria depende, mayoritariamente, de acciones de prevención y promoción de estilos de vida saludables a lo largo de las distintas etapas vitales, recayendo la responsabilidad, principalmente en el individuo. Según este paradigma, las pérdidas propias de la vejez, y en consecuencia el no envejecer con calidad de vida han de ser contempladas desde una perspectiva de ciclo vital y están asociadas a factores tales como hábitos cotidianos perniciosos, mala alimentación, no hacer ejercicio físico,..., limitando la perspectiva notablemente, al reducir los condicionantes del buen envejecer generalmente, pero no exclusivamente, al área de la salud. Es preciso reconocer que la conceptualización y el movimiento en torno al envejecimiento exitoso han contribuido al desarrollo de innovaciones y al incremento de estrategias de prevención y promoción en el área en salud, si bien también de otras prácticas sociales (mejora del entorno, definición de legislación específica para la población mayor, fomento de la educación permanente, mayor presencia de los mayores en espacios de participación, mayor oferta de oportunidades para el desarrollo y

crecimiento personal,...), que en su conjunto han representado una ganancia en términos de calidad de vida de los mayores. De hecho, el espectacular aumento de la longevidad en las últimas décadas, la comprensión de la dependencia a los últimos años de vida y la calidad de vida con la que envejecen nuestros mayores se deben en gran parte a las propuestas que han surgido en torno al envejecimiento exitoso.

Sin embargo las críticas recibidas por esta propuesta no pueden ser desatendidas. Para muchos los modelos de envejecimiento exitoso pecan de generalizar premisas particulares y simples a otros contextos culturales diferentes. Reclaman a su vez que se ha de mirar críticamente la visión de que el deterioro asociado a la edad puede ser evitado. Estas concepciones imponen desafíos a los que no pueden permanecer ajenos quienes estén implicados en la intervención social y en el trabajo con personas mayores. Es preciso asumir que, si bien es posible intervenir con carácter preventivo sobre muchas de las dimensiones que intervienen en el envejecimiento con calidad de vida, no menos cierto es que no todas ellas son factibles de manejo por medio de actividades de prevención o a través de la promoción de estilos de vida saludables. El buen envejecer, con calidad de vida, requiere de otros prerequisites o condicionantes durante el curso de la vida, como son el acceso al trabajo, a la educación, a los bienes materiales, oportunidades para el ocio y la promoción y crecimiento personal,...aspectos cuyo responsabilidad y garantía están en muchas ocasiones fuera del alcance del individuo. Por tanto, es preciso un enfoque realista sobre los límites de la promoción del envejecimiento con calidad de vida, de tal forma que el ideal de envejecimiento exitoso, saludable, activo, satisfactorio no enmascare las perspectivas que culpan a los individuos sobre la calidad de su vida, con el fin de que éstos asuman exclusivamente la responsabilidad de la calidad de su envejecer, adoptando nuevos estilos de vida y desviando la atención de la parte de responsabilidad que otros deben asumir.

La intervención con mayores ha de partir de un percepción ajustada a la realidad, que considere la multiplicidad de modos de envejecer y que asuma los límites en la intención de revertir los procesos incapacitantes que se dan en muchos de nuestros mayores. Esto puede favorecer la estigmatización de aquellas personas que no alcancen o cumplan con el ideal de “envejecer bien”. Se trata de evitar el teorema de que si el individuo es el responsable por la gestión de su envejecimiento con calidad de vida, también lo será cuando no lo alcance (Brigueiro, 2005).

## 1.8. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

### *Conclusiones*

La calidad de vida es un concepto fundamentalmente referido a la vida de las personas y que ya existía como aspiración humana durante el devenir histórico del ser humano, mucho antes de que se iniciaran los esfuerzos recientes por definirla y evaluarla. Como hemos visto, se trata de un concepto complejo y ambiguo cuya definición operacional resulta difícil de establecer y que está teniendo un gran impacto tanto en investigación como en la práctica, hasta el punto de que ha permitido incluso modificar los objetivos sociales.

La gran variedad de modelos conceptuales y operativos que durante las últimas décadas se han ido proponiendo desde diversas disciplinas hacen difícil que exista consenso sobre su definición, ni tan siquiera sobre cuáles son los criterios que permiten juzgar la calidad de vida de las personas. Pero siendo un concepto que se refiere a la vida de aquéllas, es preciso que esté dotado de un carácter integral que nos permita captar la vida en toda su amplitud. De ahí que un desarrollo del tema en toda su extensión exige aunar las diferentes perspectivas que las diversas disciplinas aportan (multidisciplinariedad).

Si bien el concepto está sometido a una continua controversia, a lo largo de esta revisión hemos visto cómo existe un cierto consenso a la hora de asumir su multidimensionalidad así como el hecho de que la calidad de vida aparezca en la intersección de la dimensión objetiva y subjetiva, dependiendo asimismo de la interacción de factores personales y ambientales. Por ello, cualquier esfuerzo por mejorar la calidad de vida de las personas ha de partir de una concepción de aquélla como el resultado de la interacción de todos estos aspectos.

También hemos visto cómo las diversas dimensiones que componen la calidad de vida apenas varían de unos individuos a otros, si bien diferentes personas, y personas en diferentes grupos de edad, con características distintas y cuya vida se desarrolla en diferentes contextos y circunstancias, tienen prioridades distintas a la hora de evaluar su calidad de vida. De esta forma, el peso o ponderación de cada dimensión puede variar de unos sujetos a otros, de unos contextos a otros e incluso también puede variar en un mismo individuo a lo largo de las distintas etapas de su vida. Es posible así establecer un concepto general de calidad de vida, con unas dimensiones comunes para todos los grupos humanos, pero también podemos

atribuir valores relativos a las variables que la conforman. Esto ha devenido, entre otras cosas, en un estudio diferencial de la calidad de vida.

En el contexto de mayor esperanza de vida actual, que reclama más altos niveles de bienestar para las personas mayores (aumentar no sólo los años vividos, sino la calidad de los mismos), la vejez ha devenido en uno de los ámbitos donde el estudio sobre la calidad de vida ha sido más significativo y prolijo. De hecho, según los paradigmas actuales de la vejez, la calidad de vida constituye un indicador de buen envejecer, de envejecimiento satisfactorio. Así, ocuparse y preocuparse por una vida de calidad ha pasado a ser en la actualidad la meta gerontológica más perseguida y valorada, tanto para los profesionales, como para los gestores de programas y servicios dirigidos a la población mayor y para los propios mayores.

A efectos operativos y de definición y evaluación de programas, uno de los objetivos del estudio de la calidad de vida en los mayores ha sido identificar las dimensiones y los predictores (indicadores) que tienen mayor significación y relevancia para la población mayor, pues ello nos permitirá intervenir sobre dichos factores y mejorar la calidad del proceso de envejecer. El disponer de una buena salud, el poder cuidar de uno mismo, el mantener relaciones sociales, disponer de ingresos suficientes, el desarrollo personal a través del acceso a actividades educativas y recreativas o la disponibilidad de servicios sociosanitarios son algunos de los componentes que definen la calidad de vida de los mayores. Muchos de esos componentes también salen a la luz al estudiar a aquellos mayores cuyos patrones de envejecimiento responden al modelo de envejecimiento exitoso.

Además de determinar qué factores objetivos conducen al bienestar de las personas mayores, el estudio de la calidad de vida trata de conocer los procesos adaptativos que llevan a la satisfacción y a la felicidad, mecanismos a través de los cuales los mayores asumen e integran en sus vidas los procesos de pérdida y deterioro asociados al proceso de envejecer. El estudio de estos procesos es también de especial importancia para presentar propuestas de prevención y de promoción dirigidas a aumentar las posibilidades de envejecer de forma satisfactoria, con calidad de vida, pues la calidad del envejecer no es fruto del azar.

Dado el carácter multidimensional de la calidad de vida y los componentes objetivos y subjetivos que la conforman, su medición y evaluación ha de ser, irremediamente, multidisciplinar y multimetódica requiriendo para ello la combinación de diversos

instrumentos o técnicas que nos permitan la valoración de las distintas dimensiones en las que se manifiesta y la aprehensión de los aspectos objetivos y subjetivos.

En definitiva, el concepto de calidad de vida ofrece un marco de referencia con importantes implicaciones prácticas en relación al establecimiento de planes, programas y servicios destinados a toda la población, si bien adquieren especial significación aquéllos que están dirigidos hacia colectivos en situaciones menos ventajosas, entre ellos las personas mayores. Por ello, el concepto sirve de guía a la intervención psicosocial y orienta los esfuerzos dirigidos a producir un cambio tanto a nivel individual como social.

### ***Propuestas de mejora***

⇒ Los programas y propuestas de intervención dirigidas a mejorar los patrones de envejecimiento y la calidad de vida de las personas mayores, independientemente de su alcance (sean programas y políticas públicas dirigidas a la población mayor en general, o sean propuestas de intervención fruto del trabajo de entidades y asociaciones que trabajan en favor de las personas mayores) han de partir de un marco conceptual de referencia sobre la calidad de vida que sirva de guía y directriz. Este marco ha de tener en cuenta las necesidades de los mayores, pues dichas propuestas serán pertinentes y tendrán sentido para los beneficiarios en la medida que incorporen temas de interés para la vida de aquéllos.

⇒ Es preciso incorporar la calidad de vida a los distintos ámbitos de intervención psicosocial. También al ámbito de la gerontología y disciplinas afines, pues el término permite añadir una perspectiva y una visión más positiva sobre esta etapa y sobre las personas mayores. Debemos partir de la convicción de que hay grandes posibilidades de intervención en la calidad del proceso de envejecer de tal forma que la calidad de vida acompañe la mayor expectativa de vida. Esto exige, ante todo, partir de un marco de referencia que guíe nuestra labor. Pero también demanda la participación activa de los propios mayores así como la adopción de medidas de carácter preventivo con un enfoque de ciclo vital que nos lleve a promover la calidad de vida en las etapas previas. En este enfoque preventivo del envejecimiento han de tener cabida tanto los aspectos relativos al comportamiento de los mayores como los aspectos relativos a los servicios y programas destinados a ellos.

⇒ Las distintas iniciativas de intervención para mejorar la calidad de vida del proceso de envejecer y añadir vida a los años exigen de los profesionales y de los gestores de las políticas públicas:

- Un esfuerzo por adoptar una visión más positiva de las personas mayores y de esta etapa del ciclo vital así como de las enormes posibilidades de desarrollo y crecimiento personal que se abren para aquéllos durante estos años.
- Un conocimiento más preciso y realista de las posibilidades de modificabilidad de las distintas dimensiones del ser humano así como de sus limitaciones, aceptando de entrada que existe una multiplicidad de modos de envejecer. En este sentido, es preciso hacer un mayor esfuerzo por focalizar grupos potencialmente vulnerables para así priorizar las intervenciones.
- La adopción de una perspectiva del envejecimiento como proceso dinámico que acontece progresivamente a lo largo de toda la vida, siendo necesario incorporar propuestas de intervención dirigidas a mejorar la calidad en la vejez en las distintas etapas del ciclo vital (como podría ser, por ejemplo, incorporar a los programas educativos formales el estudio de esta etapa del ciclo vital).
- Asumir que, si bien envejecer con calidad de vida es en parte una cuestión de opción individual, entran en juego otros condicionantes que escapan al control del individuo y que han de ser garantizados por los poderes públicos, los profesionales o por las organizaciones de personas mayores.

⇒ Los esfuerzos por promover la calidad de vida en las personas mayores requieren de una percepción integral de aquéllas. Si bien las iniciativas de intervención se han centrado mayoritariamente en el ámbito de la salud física y mental y en el mantenimiento de la funcionalidad, por ser la dimensión que mayor relevancia tienen para el mayor, es preciso fomentar y respaldar otra serie de iniciativas dirigidas fundamentalmente a potenciar el crecimiento y el desarrollo personal, tales como:

- Generalizar la oferta y el acceso a programas de formación permanente así como iniciativas de ocio y tiempo libre y animar a los mayores a tomar parte en ellas.
- Fomentar la toma de conciencia y la motivación en los mayores para que adopten hábitos de vida saludables (en el plano físico, psicológico, emocional y social),

ofertando programas y acciones formativas e informativas que faciliten una mejor comprensión del proceso de envejecer y proporcionen pautas de calidad de vida.

- Impulsar iniciativas de carácter intergeneracional que mejoren la autoestima del mayor, fomenten la participación social y promuevan una imagen positiva de los mayores.
- Animar a los mayores a establecer relaciones sociales y a integrarse y participar en el movimiento asociativo.
- Sensibilizar e informar a los colectivos de mayores sobre los valores de la participación social y la participación solidaria a través del voluntariado y los beneficios de incorporar dichas dimensiones a sus vidas.

⇒ La mejora de la calidad de vida de las personas mayores exige promover una mayor cooperación interdisciplinar, incluyendo en este sentido la participación de las familias pero también de los propios mayores. En esta línea, es preciso que garanticemos la participación de los beneficiarios para:

- Conocer cuáles son sus necesidades, inquietudes, intereses, problemas,...
- Determinar qué servicios y actividades demandan.
- Consensuar qué decisiones tomar.
- Conocer los procesos que aquéllos ponen en juego y que les permiten adaptarse al proceso de envejecer.
- Etc.

Esto nos permitirá, por un lado, adoptar medidas preventivas dirigidas a optimizar el proceso de envejecimiento y por otro, orientar los esfuerzos rehabilitadores por mejorar aquéllas situaciones deficitarias.

## 1.9. BIBLIOGRAFÍA.

- Age Concern (2007): “Staying healthy in later life”. Factsheet N° 45.
- Aguado, A. L., Alcedo, M<sup>a</sup> A., Fontanil, Y., Arias B. y Verdugo, M.A. (2005): “Calidad de vida y necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad”. Madrid. IMSERSO, *Estudios I+D+I*, N° 20.
- Aguilar, F. Pérez Yruela, M. y Serrano, R. (1995): “Indicadores sociales de calidad de vida y tercera edad” Consejo Superior de Investigaciones científicas. Instituto de Estudios Sociales Avanzados. *Documento de trabajo 95-05*.
- Aranibar Munita, P. *Calidad de vida y vejez*.  
[www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ\[1\].doc](http://www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ[1].doc)
- Aspiazu Garrido, M. (2002): “Factores asociados al mal estado de salud percibido o a la mala calidad de vida en personas mayores de 65 años”. *Revista Española de Salud Pública*, 76. Pp. 683-689.
- Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Mayores (2006): “Envejecimiento saludable: ejercicio físico para mayores”. Colección *Documentos Técnicos*, Serie *Mayores*, N° 1.
- Bowling, A y Dieppe, P. (2005): “What is successful ageing and who should define it?”, *BMJ Journals on line*, 331, Pp. 1548-1551.  
En <http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7531/1548>
- Brigueiro, M. (2005): “Envejecimiento exitoso y tercera edad: problemas y retos para la promoción de la salud”. *Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín, 12 (1). Pp. 102-109.
- Bueno Martínez, B. y Buz Delgado, J. (2006): “Jubilación y tiempo libre en la vejez”. Madrid, Portal de Mayores, *Informes Portal Mayores*, N° 65. Lecciones de Gerontología, IX. En <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/bueno-jubilacion-01.pdf>
- Casas, F. (1999): “Calidad de vida y calidad humana”. *Papeles del psicólogo*, 74. En [www.papelesdelpsicologo.es](http://www.papelesdelpsicologo.es)
- Castellón, A. (2003): “Calidad de vida en la atención al mayor”. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (3). Pp. 188-192.
- Castellón, A. y Romero, V. (2004): “Autopercepción de la calidad de vida”. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 14 (3). Pp. 131-137.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-CELADE (2006): *Indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.

- Comunidad de Madrid: “Guía de recomendaciones al paciente. Hábitos saludables en la persona mayor”.
- Council on Family Health. US Department of Health and Human Services: “Los medicamentos y usted: guía para adultos de más edad”.
- Cuadrado, C., Moreiras, O. y Varela, G.: “Guía de orientación nutricional para personas mayores”. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.
- De Lucas Vaquero, M<sup>a</sup> V. (2003) *Compilación de técnicas para una evaluación multidimensional en la vejez. Un ejemplo de protocolo de evaluación*. En [www.ugr.es/~master/master/descargas/LucasVaquero.pdf](http://www.ugr.es/~master/master/descargas/LucasVaquero.pdf)
- Diputación Foral de Guipúzcoa: “Hábitos de alimentación saludables para personas mayores”.
- Echaury, M. y Pérez, M. J. (2002): “La alimentación”. Instituto de Salud Pública de Navarra. Gobierno de Navarra.
- Fdez. Ballesteros, R. (1996): “Quality of life: concept and assessment”. 26<sup>th</sup> International Congress of Psychology of Montreal.
- Fernández Ballesteros, R. (1998a): “Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos”. En Ponencias de las IV Jornadas de la Asociación Multidisciplinar de Gerontología-AMG: Envejecimiento y prevención. AMG Barcelona.
- Fernández Ballesteros, R. (1998b): “Quality of life: the differential conditions”. *Psychology in Spain*, 2 (1). Pp. 57-65.
- Fernández Ballesteros, R. (2001): “Environmental conditions, health and satisfaction among the elderly: some empirical results”. *Psicothema*, 13 (1). Pp. 40-49.
- Fernández Ballesteros, R., Caprara, M.G. y García, L. F. (2005): “Vivir con vitalidad-M: a European multimedia programme”, en *Psychology in Spain*, 9 (1). Pp.1-12.
- Fernández Ballesteros, R. y Maciá, A. (1993): “Calidad de vida en la vejez”. *Revista de Intervención Psicosocial*, 5. Pp. 77-94.
- Fundación del Empresariado Chihuense: “Adulto mayor: una nueva etapa de vida. Guía de orientación para la comprensión y atención psicológica en la edad avanzada”
- Fundación del Empresario Chihuense: “Estar activo es la forma de vivir la vida. La edad no es una barrera”.
- Fundación del Empresario Chihuense: “Autocuidado I. Cuidando la salud del adulto mayor. Guía de orientación para el cuidado de la salud de los adultos mayores”
- Fundación del Empresario Chihuense: “Autocuidado II. Cuidando la salud del adulto mayor. Guía de orientación para el cuidado de la salud de los adultos mayores”.

- Fundación MAPFRE: “Guía de prevención: riesgos domésticos entre las personas mayores”. [www.conmayorcuidado.com](http://www.conmayorcuidado.com)
- García, M. A. y Hombrados, M.I. (2002): “Control percibido y bienestar subjetivo: un análisis de la literatura gerontológico”. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12 (2). Pp. 90-100.
- Genua Goenaga, M<sup>a</sup> Isabel (2001): “Nutrición y valoración del estado nutricional en el anciano”. Fundación Matia. En [www.matiaf.net/profesionales/articulos](http://www.matiaf.net/profesionales/articulos)
- Gómez-Vela, M. y Sabeh, Eliana N. (2002): “Calidad de vida en la vejez. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica”. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. En [www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad](http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad)
- Gil González-Haba, M, Alonso García de Vinuesa, S y Sánchez Robles, G.A. (2007): “Uso racional de medicamentos”. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y consumo.
- Limón Mendizaba, M<sup>a</sup> R.: “Educación para el ocio y tiempo libre en las personas mayores”, En Pérez Serrano, G. –Coordinadora- (2006): *¿Cómo intervenir en personas mayores?* Madrid: Editorial Dykinson, Pp. 145-178.
- Luupien, S. J. y Wan, N. (2004): “Successful ageing: from cell to self”. Departamento de Psiquiatría, Universidad McGill, Canadá. Publicado en línea el 19/08/04. En [www.medicine.mcgill.ca/minimed/archive/Lupien&Wan\\_final.pdf](http://www.medicine.mcgill.ca/minimed/archive/Lupien&Wan_final.pdf)
- Madox, G. L. (2003): “Envejecimiento y bienestar”. En [www.fun-humanismo-ciencia/felicidad/mayor/mayor2.htm](http://www.fun-humanismo-ciencia/felicidad/mayor/mayor2.htm)
- Maya, L. H. (2003): “Componentes de la calidad de vida en adultos mayores”. En <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya2.htm>
- Montorio, I., Izal, M. y Pérez, G. “Salud, conducta y vejez”, en Villar, F. y Triadó, C. (2006): *Psicología de la vejez*, Barcelona: Alianza Editorial, Pp. 87-112.
- Moragas, R. (2004): *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Editorial Herder.
- Moreno Jiménez, B y Ximénez Gomez, C. (1996): Evaluación de la calidad de vida. En Buela Casal, G. y col (Eds), *Manual de evaluación en psicología clínica y de salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Organización Mundial de la Salud-OMS (1997): WHOQOL-Calidad de vida: Medición de la calidad de vida. Instrumentos de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF). División de Salud Mental. OMS. En [http://www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/)
- Organización Mundial de la salud-OMS (1998): “Envejecimiento saludable: el envejecimiento y la actividad física en la vida diaria”. Ginebra: Programa de Envejecimiento y Salud.

- Organización Mundial de la Salud-OMS (2002): “Envejecimiento activo: un marco político”, en *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37. Pp.74-105.
- O’Shea, E. (2003): “La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes”. Grupo de Expertos en la Mejora de la Calidad de Vida de las Personas Mayores Dependientes”, Comité Europeo de Cohesión Social. En [www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oshea-mejora-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oshea-mejora-01.pdf)
- Palacios, D. Castro, C y Reigadas, D.: Calidad de vida: una perspectiva individual. En <http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>
- Pedrero García, E. La calidad de vida y las personas mayores. En <http://psicomundo.com/tiempo/monografias/calidad.htm>
- Pérez Serrano, G.: “Personas mayores y calidad de vida”, en Pérez Serrano, G. – Coordinadora- (2006): *Calidad de vida en personas mayores*. Madrid: Editorial Dykinson, Pp. 19-49.
- Pichardo Muniz. A. Estado de la investigación sobre calidad de vida. En <http://www.monografias.com/trabajos28/calidad-vida/calidad-vida.shtml>
- Pincemín, I.: “El envejecimiento como proceso de cambio”, en Pérez de Guzmán Puya, M<sup>a</sup> V. –Coordinadora- (2006): *Organización y gestión. Agentes al servicio de los mayores*. Madrid: Editorial Universitas, Pp. 21-45.
- Pino Yuste, M.: “Calidad de Vida y vejez: aportaciones desde la educación social”, en Colom. A. J. y Orte, C. (2001): *Gerontología educativa*, Palma de Mallorca: Servicio de Publicaciones de la Universidad de las Islas Baleares, Pp. 251-264
- Reig Ferrer, A., Cabrero García, J. y Richard Martínez, M. (1996): “Comportamiento y salud en la vejez”, *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 3 (I). Pp. 37-44
- Reyes Camejo, T, Triana Álvarez, E, Mato Pérez, N y Acosta Sariego, J. R. (2002): “Salud en la tercera edad y calidad de vida”, *Revista Electrónica de Geriátría y Gerontología*, 4(1). En [www.geriatranet.com](http://www.geriatranet.com)
- SCHALOCK, R. L. (1995): Calidad de vida en la evaluación y planificación de programas: tendencias actuales. I *Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Universidad de Salamanca. En <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada1/confer/con2.html>
- Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2003): *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Editorial Alianza.
- Schwartzmann, L. (2003): “Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales”, *Ciencia y Enfermería*, IX (2). Pp. 9-21
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología: “Saber envejecer. Prevenir la dependencia”

- The Swedish National Institute of Public Health (2006): “Healthy ageing: a challenge for Europe”.
- Triadó, C. y Villar, F. (2006): *Psicología de la vejez*. Madrid: Editorial Alianza.
- US National Institute on Aging (2000): “A good night’s sleep”. Department of Health and Human Services. En [www.nia.nih.gov](http://www.nia.nih.gov)
- US National Institute on Aging (2001): “La mala memoria no es siempre lo que se piensa”. Department of Health and Human Services. En [www.nia.nih.gov](http://www.nia.nih.gov)
- US National Institute on Aging (2002): “La depresión: no permita que la depresión le persista”. Department of Health and Human Services. [www.nia.nih.gov](http://www.nia.nih.gov)
- US National Institute on Aging (2004): “Prevención de caídas y fracturas”. Department of Health and Human Services. En [www.nia.nih.gov](http://www.nia.nih.gov)
- US National Institute on Aging (2004): “Exercise: getting fit for life”. Department of Health and Human Services. En [www.nia.nih.gov](http://www.nia.nih.gov)
- Verdugo, M.A. (2002): “Calidad de vida en el envejecimiento de las personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo”. En *Hacia una cálida vejez: calidad de vida para la persona mayor con retraso mental*, Madrid: Colección FEAPS, 3. Pp. 79-100
- Verdugo, M.A. y Vicent, C. (2004): “El significado de la calidad de vida”. En *Evaluación de la calidad de vida en empleo con apoyo*. Proyecto ALSOI. Salamanca: Publicaciones del INICO. En [www.imsersodiscapacidad.usal.es](http://www.imsersodiscapacidad.usal.es)
- Villar, F., Triadó, C., Solé, C. y Osuna, M<sup>a</sup>.J. (2003): “Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio”, en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (3): 152-156.
- World Health Organization (1998): “The role of physical activity in healthy ageing”
- World Health Organization (2005): “Healthy ageing: practical pointers on keeping well”. Manila: Regional Office for the Western Pacific. En [www.wpro.who.int](http://www.wpro.who.int)
- Yanguas Lezaun, J.L. (2006): *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Zamarrón Cassinello, M<sup>a</sup> D. (2006): “El bienestar subjetivo en la vejez”. Madrid: Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, 52. Lecciones de Gerontología, II [Fecha de publicación: 09/06/2006]. [www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf)

## 1.10. ANEXOS.



# Vivir Mejor más allá de los 50



Guía para la promoción de estilos de vida saludables

## IMPORTANCIA DE LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

El envejecimiento es un proceso natural de cambios y transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Estas modificaciones no aparecen de repente por el mero hecho de que alcancemos una determinada edad, o porque cambie nuestra situación laboral y pasemos de ser activos laboralmente a ser jubilados. Estos cambios van teniendo lugar poco a poco, a lo largo de toda nuestra vida. Porque, vivir es, inevitablemente, envejecer. Además, este proceso es diferente en cada uno de nosotros. E incluso en una misma persona las distintas partes de su organismo no envejecen al mismo ritmo.

En las últimas décadas hemos asistido a un espectacular incremento en la esperanza de vida, llegando a edades impensables años atrás. Uno de los grandes retos que esta situación plantea a gobiernos, profesionales y a las propias personas es que esta mayor expectativa de vida esté acompañada de mayores niveles de calidad de vida y bienestar.

Para las personas mayores el aspecto más importante que define su calidad de vida es el disponer de *buena salud física, mental y social*. De hecho, la prevención y el mantenimiento de una buena salud son una necesidad ampliamente sentida entre los mayores. No obstante, entre ellos aún son muchos los que asocian la vejez con enfermedad y dependencia, entendiéndolo que la enfermedad es parte del proceso normal de envejecer. Nada más lejos de la realidad. Dos son las razones que explican por qué ciertas enfermedades, tales como demencias, diabetes, artritis, osteoporosis o cáncer son más comunes entre los mayores.

En primer lugar, los cambios físicos y químicos asociados al envejecimiento contribuyen a que ciertas partes de nuestro organismo sufran más. Nos volvemos más frágiles, y esto afecta a nuestra salud y nuestra capacidad funcional, que no es otra cosa que la capacidad que tenemos para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr nuestro bienestar físico, psicológico y social. En segundo lugar, muchas de estas enfermedades y problemas que surgen en esta etapa de la vida no son consecuencia del envejecimiento. Más bien son el resultado de la forma en que las personas hemos vivido nuestras vidas. O lo que es lo



mismo, de nuestros *estilos de vida*. Todos sabemos que la inactividad física, una alimentación inadecuada, los hábitos perniciosos como fumar, la reducida actividad social o intelectual,...son factores que merman nuestra salud. La forma en la que las personas vivimos la vida nos sitúa así en una situación de mayor o menor riesgo de sufrir ciertas enfermedades en la vejez.

Existe evidencia científica de que la *promoción de la salud* a cualquier edad, también a partir de los 50, contribuye a un envejecimiento saludable, con calidad de vida, ya que elimina factores de riesgo que de otra forma supondrían la aparición de problemas que disminuirían notablemente nuestro bienestar. Incluso ayuda a que personas mayores con enfermedades crónicas y discapacidades puedan permanecer activas y llevar una vida independiente, retardando la dependencia y en muchos casos la institucionalización. Esta evidencia también sostiene que **NUNCA** es demasiado tarde para adoptar estilos de vida

saludables, si bien es recomendable adoptar dichos estilos antes de que la enfermedad y discapacidad aparezcan. Modificar los estilos de vida a cualquier edad, pero particularmente a edades tempranas, no sólo añadirá años a la vida, sino también calidad de vida a esos años, o lo que es lo mismo, incrementará nuestra expectativa de vida activa e independiente.

Para aquéllos que trabajamos con personas mayores la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y la pérdida de funcionalidad son directrices que guían y orientan nuestra labor diaria. La promoción de la salud constituye para nosotros una herramienta fundamental a través de la cual pretendemos capacitar al individuo, no sólo al mayor, para alcanzar el mejor estado de salud y bienestar posible. Para ello actuamos sobre los factores que influyen en nuestra salud, como son los estilos de vida y también nuestro entorno, tratando de hacer que ambos sean más saludables. Esto nos sitúa como actores significativos en la mejora de la calidad de vida de la población. Pero este modelo debe de ser reforzado a través de la implicación activa de los propios beneficiarios, bien sean personas que están ya inmersas en esta etapa de la vida, o personas que la ven ya con cierta proximidad.



La meta de esta guía, dirigida a personas de más de 50 años y también a familiares de personas mayores y a cuidadores, es promocionar nuestra salud incorporando a nuestras vidas conductas y hábitos que hagan de nuestro estilo de vida más saludable tanto en el plano físico, psicológico como social. Así, esta guía permitirá:

- ⇒ *Conocer* cómo los estilos de vida pueden ayudarnos a mantener y mejorar nuestra salud y nuestro bienestar.
- ⇒ *Proporcionar* consejos prácticos que pueden contribuir a evitar problemas de salud que mermen nuestra calidad de vida.
- ⇒ *Animar* a los lectores, no importa su edad o su situación, a que incorporen pautas saludables a su vida diaria.

Por ello, te animamos e invitamos a que leas esta Guía. En ella encontrarás información y consejos que ya conoces. Otros que no. No pretenden ser formulas mágicas, de hecho has de saber que no existen. Son pautas y consejos sencillos que puedes incorporar a tu rutina diaria haciendo que tu estilo de vida sea más saludable y disfrutes de una mayor calidad de vida, evitando factores de

riesgo que, de no eliminarse, van asociados a la aparición de problemas de salud que disminuirían tu bienestar. Hemos dividido la guía en los siguientes módulo temáticos:



- **Módulo 1.** *Alimentación y salud...una pareja inseparable.*
- **Módulo 2.** *Ejercicio físico. Un hábito de lo "+" saludable.*
- **Módulo 3.** *Relaciones sociales y participación: que la edad no te jubile de la vida.*
- **Módulo 4.** *Aprendizaje: conserva tu mente activa con el paso de los años.*
- **Módulo 5.** *Otros factores que contribuyen a que nuestro estilo de vida sea mas saludable:*
  - *El tabaco y el alcohol merman tu calidad de vida.*
  - *Sueño y descanso: dormir bien....qué bien nos hace sentir.*
  - *Prevención de caídas y lesiones: toma tú la iniciativa.*
  - *Medicación: haz un uso racional de los medicamentos.*
  - *Revisiones médicas y pruebas regulares: la ITV de nuestro cuerpo.*

Para acabar, no olvides que la vejez es una etapa más de nuestro proyecto de vida. Es un periodo de crecimiento y realización personal del que debemos también disfrutar. De nosotros depende y en nuestras manos está, hasta cierto punto, el poder envejecer en buenas condiciones de salud. Nunca es tarde para incorporar hábitos saludables que contribuyan a ello. Y recuerda, *las personas envejecemos como hemos vivido.*

**MÓDULO 1**



**ALIMENTACIÓN Y SALUD...UNA PAREJA INSEPARABLE**

### *Debemos saber que....*

Con la edad nuestro organismo experimenta cambios que influyen en el modo y forma de alimentarnos. Perdemos piezas dentarias, disminuye la salivación, se alteran los sentidos del gusto y olfato, el ritmo intestinal se hace más lento favoreciendo el estreñimiento, disminuye la sensación de sed y aumenta el riesgo de deshidratación,... Asimismo, la reducción del nivel de actividad conlleva que nuestras necesidades de energía sean inferiores, lo que hace necesaria una readaptación de nuestra dieta al nivel de actividad que cada uno desarrollamos. La soledad y el aislamiento en el que viven muchos mayores generan sentimientos de desánimo y tristeza que quedan también reflejados en sus hábitos alimenticios: apenas dedican tiempo a preparar sus comidas, disminuye la cantidad de alimento que toman, las dietas se vuelven monótonas, se reduce el consumo de alimentos frescos y aumenta el de alimentos envasados,...

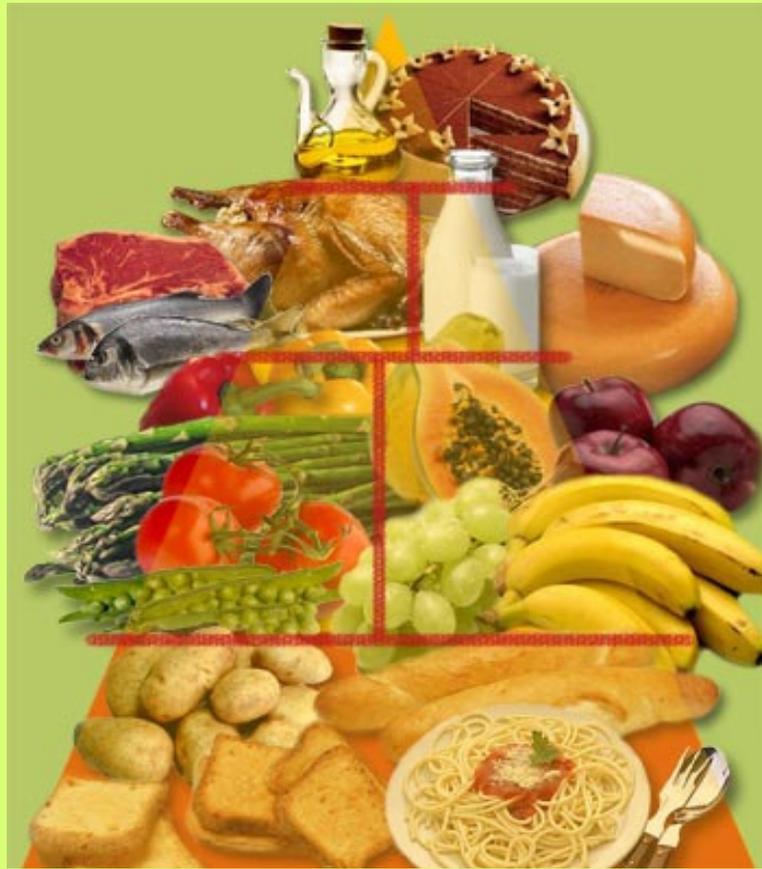
La alimentación y la salud están estrechamente ligadas. Los hábitos alimenticios equilibrados y adecuados son clave para que disfrutemos de una mejor salud a cualquier edad, ya que retrasan y reducen el riesgo de contraer ciertas enfermedades o nos ayudan a controlarlas mejor. Comer todo tipo de alimentos en las cantidades apropiadas nos ayudará a vivir una vida más prolongada y saludable y también a sentirnos mejor.

### *Algunos consejos a tener en cuenta*

- *Planifica tus comidas* y realiza entre 4-6 comidas al día, manteniendo siempre los mismos horarios. La dieta ha de ser atractiva y apetecible y el momento de la comida, un tiempo para el disfrute. Por ello, esmérate y dedícale el tiempo que sea necesario.



**Verduras y hortalizas: una fuente inagotable de salud y bienestar**



**Pirámide nutricional: una forma sana e inteligente de comer**

*alimentos con alto contenido en proteínas*, como carne, pescado y huevos, o *las legumbres combinadas con verduras o cereales*, forman platos muy nutritivos y completos.

- *Mantén una dieta variada y equilibrada*, rica en vitaminas y minerales e incluyendo alimentos de los 6 grupos de la pirámide nutricional, procurando consumir mayor cantidad de alimentos que se encuentran en la base de la pirámide y menos de los que se encuentran en la parte superior. Así, desde la base de la pirámide hacia la parte superior nos encontramos con estos grupos de alimentos:

- ⇒ *Grupo 1*. Harináceos: Pan, patatas, cereales, arroz y pasta (6 o más raciones día).
- ⇒ *Grupo 2*. Frutas (3-4 raciones día).
- ⇒ *Grupo 3*. Verduras y hortalizas. (2 raciones día).
- ⇒ *Grupo 4*. Carnes, pescados, aves, legumbres, huevos y frutos secos (2 raciones día)
- ⇒ *Grupo 5*. Productos lácteos: leche, queso, yogures (3-4 raciones día).
- ⇒ *Grupo 6*. Aceites, grasas y dulces. Modera su consumo, tómalos ocasionalmente.

- *La combinación de arroz, patatas o pasta con*

- **Incluye en tu dieta alimentos con alto contenido en fibra.** Para ello:
  - Toma alimentos integrales (pan, arroz, cereales,...), por su alto contenido en fibra.
  - Come diariamente frutas y verduras, preferiblemente frescas y de temporada.
  - Toma en abundancia legumbres, frutos secos y semillas.
- **Incluye en tu dieta alimentos ricos en calcio,** como leche y productos lácteos desnatados, verduras de color intenso (brócoli, acelgas,...), pescado azul enlatado (sardinas, anchoas o caballa), toma leche y otros derivados de la soja,...
- **Bebe abundante agua y otros líquidos,** como zumos naturales, infusiones, caldos,... Hazlo, incluso cuando no tienes sed. Se recomienda entre 1,5-2 litros por día. Un pequeño vaso de vino en las comidas es aconsejable. No así el consumo de licores.
- **Siempre que puedas, come acompañado.** El momento de la comida es un momento de relación y convivencia. Invita o queda para comer con tus hijos, nietos, amigos,...

### **Qué no debemos hacer**

- **No abuses de las grasas.** Es preciso reducir su consumo, en particular grasas saturadas (procedentes de carnes, productos lácteos, aceites de palma y coco, bollería,...), pues aumentan el nivel del llamado colesterol malo (LDL), vinculado, entre otros, al riesgo de enfermedad cardiovascular. También es importante reducir el consumo de ácidos grasos Trans. Se encuentran en margarinas y otros productos que la contienen.



**Aceite de oliva, una elección saludable**

Así:

- Minimiza el consumo de mantequilla.
- Retira la piel del pollo.
- Consume leche y otros lácteos desnatados.
- Cocina las carnes preferentemente a la plancha o al horno, es más saludable.
- Evita las comidas grasas y las frituras.
- Utiliza aceites vegetales, en particular aceite de oliva, contribuye a bajar los niveles de colesterol malo.
- No abuses de productos de pastelería y bollería, tienen un alto contenido en grasas animales.



**Dieta mediterránea, la de toda la vida**

- Cuando hagas la compra, revisa las etiquetas de los productos para ver si contienen grasas saturadas y/o grasas Trans.

▪ ***No te excedas con la sal.*** Para ello:

- No cocines con mucha sal y evita añadir sal una vez servida la comida.
- Limita el consumo de productos enlatados y embutidos, por su alto contenido en sal.
- Comprueba el contenido en sal en las etiquetas de la comida procesada, platos precocinados,...
- Habitúate a utilizar otras especias para condimentar las comidas: albahaca, orégano, tomillo, romero,...

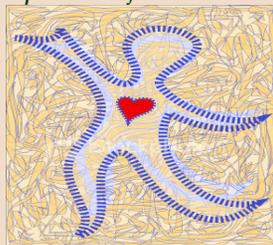
▪ ***Reduce el consumo de azúcar*** tanto en comidas como en bebidas. Para ello, limita el consumo de dulces, bollería, galletas, bebidas gaseosas, ...

▪ ***Modera el consumo de café y otras bebidas excitantes,*** como el té, las bebidas de cola,...

- ***Evita el sobrepeso y la obesidad***, ya que contribuyen a enfermedades comunes en los mayores, como diabetes, artritis, cáncer, hipertensión, enfermedades del corazón. Para ello debemos:
  - Adaptar nuestra dieta a nuestro nivel de actividad, pues con el paso de los años somos menos activos.
  - Comer despacio y masticar bien los alimentos.
  - Tomar alimentos que proporcionen sensación de saciedad, como por ejemplo alimentos ricos en fibra.
  - Llevar un registro de nuestro peso.
  - Realizar ejercicio con moderación todos los días.
- ***No hagas por tu cuenta dietas restrictivas o extremas ni tomes suplementos vitamínicos.*** Siempre consulta a tu médico y sigue sus indicaciones.

### ***Recuerda***

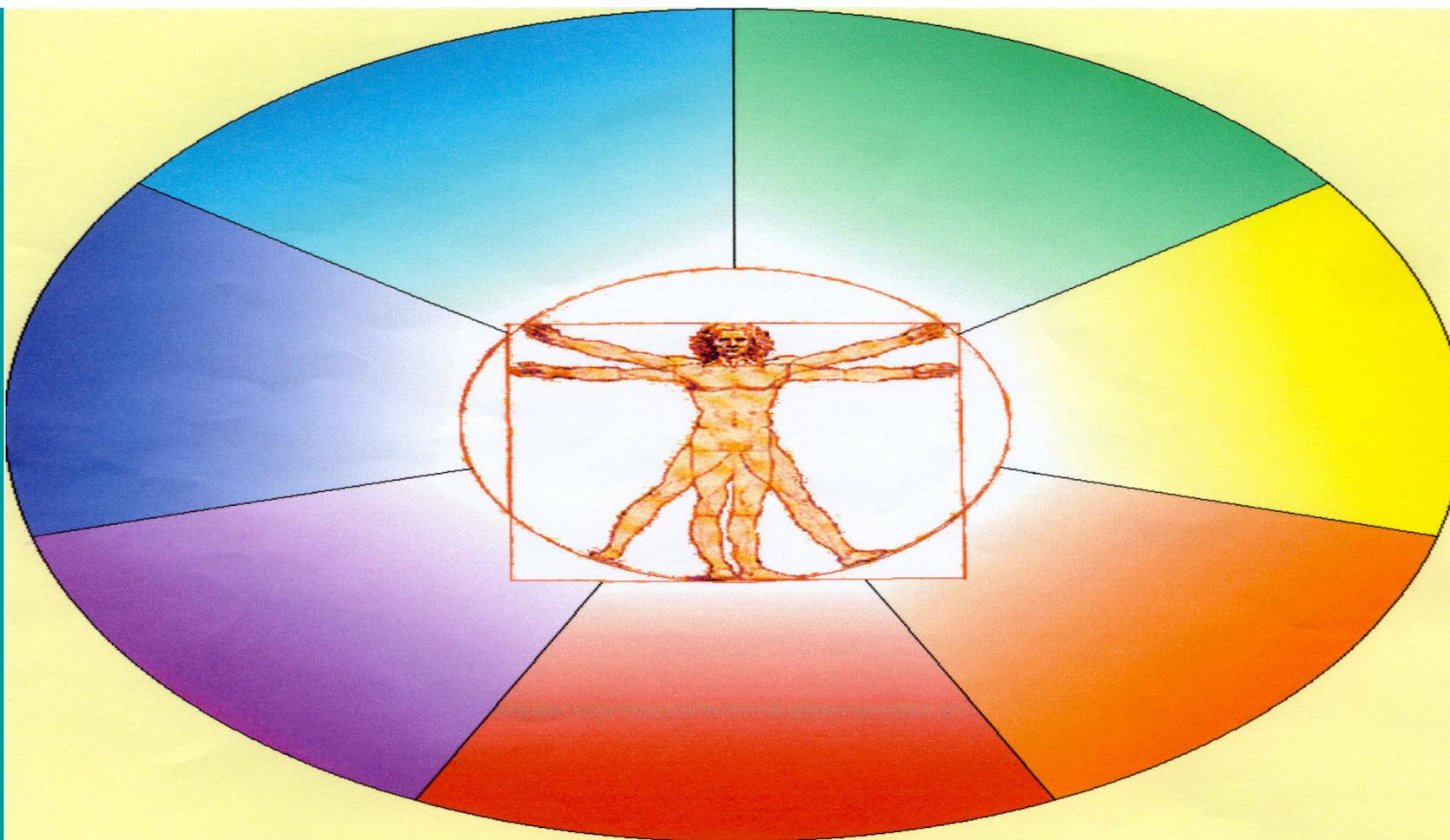
Así como una alimentación saludable nos aporta importantes beneficios, una mala alimentación puede influir en la aparición de enfermedades graves que mermarán nuestra calidad de vida. Analiza tu forma de alimentarte y compárala con las recomendaciones que te hemos hecho. **NUNCA es tarde para mejorarla.**



### ***¿Sabías que....?***

- El preparar la comida diariamente no sólo mejora nuestro estado nutricional, también nuestro estado afectivo y emocional.
- Aunque las necesidades de energía de los mayores son inferiores a las de los más jóvenes -2000 calorías en los hombres y 1700 calorías en las mujeres- los requerimientos de nutrientes esenciales -proteínas, hidratos de carbono y lípidos o grasas- es similar o incluso mayor.
- El consumo de ciertos medicamentos disminuye nuestro apetito ya que presentan efectos secundarios como náuseas, vómitos,...

## MÓDULO 2



## EJERCICIO FÍSICO. UN HÁBITO DE LO “+” SALUDABLE

## *Debemos saber que...*

La actividad física es uno de los factores que está directamente asociado con una mayor esperanza de vida y con unos niveles más altos de calidad de vida. Hacer ejercicio nos ayuda a sentirnos mejor y también a disfrutar más de la vida.

Conservar con el paso de los años la *salud física* tiene mucho que ver con el permanecer activo físicamente. El ejercicio, practicado de forma regular, tiene un importante papel preventivo, pues reduce el riesgo de aparición de determinadas enfermedades, tales como la diabetes, osteoporosis, hipertensión, cáncer,..., y terapéutico, ya que mejora la evolución de algunas enfermedades crónicas como son la osteoporosis, artrosis, cardiopatías, hipertensión,....



**Actividad física... a tu gusto**

Pero además, deberías saber que la actividad física regular:

- Mejora nuestro sistema inmunológico y nos hace más resistentes a las enfermedades.
- Nos ayuda a controlar el peso y a combatir la obesidad.
- Favorece la función cardíaca y circulatoria, aumenta la capacidad respiratoria y mejora la oxigenación de los tejidos.
- Mantiene en buen estado nuestras articulaciones y mejora el estado de nuestros músculos y huesos así como la dureza de éstos.
- Mejora la elasticidad, la fuerza, la agilidad y el equilibrio, nos hace más resistentes a la fatiga y también contribuye a reducir el riesgo de caídas y lesiones.

La actividad física tiene asimismo importantes efectos en nuestra *salud mental* y en nuestra percepción de bienestar, en particular cuando la practicamos con otras personas, pues contribuye a nuestra socialización y evita el aislamiento y la soledad. También estimula el sistema nervioso, fomenta la autoestima, mejora nuestro estado emocional, reduce los niveles de estrés al sentirnos más relajados y de mejor humor, previene la aparición de trastornos de memoria y contribuye a prevenir y tratar la depresión, entre otros muchos beneficios.

Pero la actividad física te ayudará igualmente a mantener tu independencia y a continuar desempeñando normalmente tus actividades de la vida diaria de forma autónoma durante el mayor periodo de tiempo posible.



**Mejor acompañado que solo**

Todas estas razones son motivo más que suficiente para que continúes haciendo ejercicio físico a diario o para que te animes a incorporarlo a tu vida. Debes saber que **NUNCA** es demasiado tarde para empezar a hacerlo. Incluso cuando existen limitaciones físicas o enfermedades crónicas. Mejorar nuestra salud a través de la actividad física es más fácil de lo que imaginamos. En poco tiempo comprobarás cómo te sientes mejor. Con sólo incluir un poco de actividad física en nuestra rutina diaria obtendremos importantes beneficios, que aumentarán a medida que incrementemos el nivel diario de ejercicio. Pero si queremos que el ejercicio físico desarrolle su potencial preventivo y terapéutico necesitamos formación e información.

### *Algunos consejos a tener en cuenta*

- ***La actividad física adaptada a las capacidades y preferencias individuales*** adopta diferentes formas, desde un simple paseo, andar en bici o bailar hasta practicar cualquier ejercicio reglado o una actividad deportiva en el caso de personas entrenadas.
- ***Haz de la actividad física una parte de tu vida diaria.*** Cualquier edad es buena para empezar. Si bien el ejercicio físico es saludable, debes adaptarlo a tus preferencias y capacidades. Así, ten en cuenta tu edad, estado de salud, condición física,...Pide, por qué no, consejo a tu médico.
- ***Ponte en acción mientras realizas actividades cotidianas.*** Si eres reticente a llevar a cabo un programa de ejercicio físico regular, una buena alternativa es permanecer activo en tus actividades diarias. Por ejemplo, camina en lugar de conducir o coger el autobús, sube escaleras en lugar de usar el ascensor, carga objetos de forma manual, levántate y siéntate varias veces seguidas, muévete frecuentemente,...



**Actividad física adaptada a tus condiciones**

- ***Haz ejercicio físico con amigos o con familiares.*** Participa en programas de actividad física en tu localidad, en tu centro de mayores o en un gimnasio. La actividad física es una buena oportunidad para reforzar tus relaciones sociales.
- ***Si tienes algún problema de salud*** será tu médico quien te oriente sobre qué tipo de actividad es la más aconsejable y beneficiosa para ti.

- **Plantéate un objetivo realista.** No es sensato querer recuperar el tiempo perdido practico mucho deporte y de forma ocasional. El secreto de cualquier ejercicio es:

- Empieza despacio, 5 a 10 minutos diarios 3 días a la semana.
- A medida que resulte más fácil, incrementa la duración y dureza de forma gradual. De media hora a una hora diaria es lo ideal. Mejor si lo haces en periodos de 10 minutos.
- Una vez adquieras la forma idónea, practícalo a diario.
- Antes de realizar una actividad intensa realiza ejercicios de calentamiento y estiramientos.

De todas formas, el cuerpo es un buen indicador del tiempo que debe durar la actividad ya que mediante el cansancio te avisará que necesitas recuperarte.



**Escucha a tu cuerpo y mima tu corazón**

- **Un programa de actividad física debe incluir:**

- **Ejercicios de resistencia**, como caminar, andar en bici, nadar, bailar,... ya que te proporcionan energía y fortaleza física y te hacen más resistentes a la fatiga.
- **Ejercicios de fuerza**, como levantar pequeñas pesas (objetos de la vida diaria), jugar a la petanca o a los bolos..., pues te ayudarán a fortalecer los músculos y los huesos y a prevenir las pérdidas óseas.
- **Ejercicios de equilibrio**, como mantenerse sobre un pie, subir las escaleras, caminar sobre una línea, caminar juntando los talones o levantarse de la silla sin usar las manos, ya que te ayudarán a mejorar el equilibrio y la postura.
- **Ejercicios de flexibilidad**, como estiramientos, tai-chi, yoga, bailar, cuidar del jardín o del huerto,...ya que mantienen tus músculos relajados y las articulaciones en movimiento, ayudándote a moverte con más facilidad y a estar más ágil.

## Qué no debemos hacer

- Para que tenga efectos beneficiosos, *la actividad física NO ha de ser pesada*. El hacer ejercicio no implica sentir molestias o dolor, acabar agotado o quedarte sin respiración, poniendo en riesgo nuestra salud.
- *No pongas excusas* tales como “no tengo tiempo”, “soy demasiado mayor”, “puedo hacerme daño” o “mi estado de salud no me lo permite”. Los beneficios son más evidentes en personas con tendencia a la pérdida de funcionalidad y discapacidad propia de enfermedades comunes en mayores.
- *No hagas ejercicio después de las comidas o con temperaturas extremas*. Si lo haces a media tarde te ayudará a dormir mejor.

## ¿Sabías que....?

- La inactividad trae consecuencias negativas para la fuerza de nuestros músculos y huesos, la condición del corazón y los pulmones y nuestro estado de salud en general, viéndose mercada nuestra calidad de vida y bienestar.
- Al envejecer llegamos a perder hasta el 40 % de nuestro tejido muscular, lo que nos hace perder fuerza.

## Recuerda

- Escucha a tu cuerpo. Si al hacer ejercicio experimentas alguna sensación rara como náuseas, mareos, dolor en el pecho, palidez, sudor frío, t te quedas sin respiración,...no continúes y consulta a tu médico.
- Cuando hagas ejercicio es importante que bebas abundante líquido, en especial agua, y evites temperaturas extremas.

## MÓDULO 3



## RELACIONES SOCIALES Y PARTICIPACIÓN: QUE LA EDAD NO TE JUBILE DE LA VIDA

## *Debemos saber que....*

Nuestra salud física y mental, además de verse afectada por la dieta y el ejercicio, también está directamente relacionada con la calidad, intensidad y frecuencia de nuestras relaciones sociales. Somos seres sociales por naturaleza, necesitamos a los demás, comunicarnos y relacionarnos con ellos. Y los demás, sean familiares, amigos, vecinos,...también nos necesitan. Con el paso de los años experimentamos diversas circunstancias, como pérdida de la pareja y también de familiares y amigos, emancipación de los hijos, jubilación laboral,...que modifican sustancialmente nuestro esquema de relaciones sociales. Muchas personas mayores experimentan soledad y aislamiento. Por ello, una vida social activa, con una buena red familiar y social, contribuirá a que mantengamos una buena salud física y mental y un buen nivel de autonomía funcional. A ello también contribuye nuestro grado de participación en actividades comunitarias y también de ocio y tiempo libre. Relaciones sociales y participación son dos aspectos fundamentales para nuestro bienestar.

Las personas mayores que se aíslan socialmente –apenas salen y se relacionan con otras personas, no forman parte de grupos o asociaciones, tienen pocos amigos o no ven a menudo a sus familiares,...-tienen peor salud. Salir e implicarse con otras personas, de la misma u otra edad, es una importante forma de estar más sano, ya que:

- Nos permite mantener relaciones significativas de amistad e intimidad con otros, evitando así sentirnos solos.
- Nos proporciona sentimiento de pertenencia y ser parte de un grupo humano.
- Nos proporciona una red de apoyo social, pasando nosotros también a formar parte de la red de apoyo social de otras personas.



**Mantén el vínculo con los tuyos**

Ser miembro de una asociación, tomar parte en actividades comunitarias, implicarse en actividades solidarias para ayudar a los menos favorecidos o disfrutar del tiempo de ocio de forma creativa...nos proporciona la oportunidad de sentirnos mejor. Ser capaz de ayudar y echar una mano a otros, sentirse necesitado por los demás nos ayuda a mejorar la imagen que tenemos de nosotros mismos y a cuidarnos mejor. También es una forma de enriquecernos, de disfrutar más de la vida y de crecer como personas.



#### No te desentiendas de tu comunidad

#### *Algunos consejos a tener en cuenta*

La edad no es un obstáculo para mantener nuestras amistades, e incluso para hacer nuevos amigos. Tampoco lo es para permanecer integrados y participar en todo aquello que acontece en nuestra comunidad. Podemos mejorar nuestros contactos y relaciones sociales haciendo lo siguiente:

- *Mantén contacto regular con tus familiares, amigos, vecinos,..* Organiza encuentros regulares con ellos, invítales a tu casa. No esperes a que ellos se dirijan a ti. Toma tú la iniciativa. Esfuérzate en hacer que estos momentos sean agradables para ellos y podáis repetir a menudo la experiencia.
- *Procura salir de casa a diario* para hacer la compra, dar un paseo, hacer gestiones,...Vete por aquellos lugares donde tengas más posibilidad de juntarte con otras personas.
- *Acude siempre que tengas oportunidad a actos culturales, festivos, espectáculos, viajes y otro tipo de actividades* que se organicen en tu localidad,...y en los que puedas relacionarte con los demás.
- *Estate presente en la vida de tu comunidad:* implícate e interésate por lo que ocurre a tu alrededor, mantente bien informado. Preocúpate por los problemas de tu entorno más inmediato, por las dificultades de quienes te rodean. Busca la forma en la que tú puedes colaborar y qué es lo que tú, con tu experiencia, conocimientos, voluntad,...puedes aportar.

- *Sal de casa y reúnete con otras personas.* Sigue tus inquietudes e intereses y únete a una asociación cultural, recreativa, grupo comunitario, club social,...apúntate a cursos, talleres,...
- *Procura que tu ocio sea fuente de estimulación física, intelectual y social:* planifica tu tiempo libre con actividades de ocio activo, positivo y saludable para que resulte lo más gratificante posible y desarrolle tus capacidades. Compagina el ocio individual con el ocio en grupo.
- El *voluntariado* es una importante forma de participación social que te ayudará a mantenerte activo, a sentirte útil para los demás, a conocer nuevas personas. La participación social y solidaria supone una gran satisfacción personal, un profundo sentimiento de autoestima y la posibilidad de permanecer integrado en la comunidad. Sin duda en tu localidad muchas organizaciones y muchas personas están esperando gente como tú: solidaria, motivada, con tiempo disponible, con amplia riqueza de conocimientos y experiencias. Si tienes reparos en acudir solo, anima a algún amigo tuyo a que también se haga voluntario.



**Universidad de la experiencia... Anímate**



**Voluntariado: una alternativa solidaria,...y muy saludable**

### **Qué no debemos hacer**

- *No pierdas el contacto con tus seres queridos* ni desaproveches las ocasiones para hacer nuevas amistades.
- *No cierres los ojos a lo que ocurre a tu alrededor* ni te desentiendas de quienes te rodean, en particular de aquellos que más te necesitan.
- *Nunca digas "soy demasiado mayor para participar en esta actividad" o "ya no tengo edad para iniciarme en algo nuevo" o "el voluntariado es para los más jóvenes".* Recuerda, **NUNCA** es demasiado tarde.

### ¿Sabías que...?

- La inactividad y el aislamiento aceleran el declive físico y psicológico, creando una espiral negativa que nos lleva a padecer ciertas enfermedades, como depresión, y a sufrir dependencia.
- El trabajo voluntario te ayudará, además de a sentirte útil a la sociedad, a mantener en buen estado tu salud mental y también la de aquéllos que reciben tu ayuda.
- El apoyo recibido de los demás, y también el que nosotros damos a otros puede ayudarnos a superar una mala situación en nuestra vida o a sobrellevar mejor una enfermedad.

### Recuerda

- **Participar es vivir.** En esta etapa de la vida debemos asumir entre todos un papel activo y participativo que contribuya a construir una imagen más positiva de las personas de edad y eliminar estereotipos de que somos personas pasivas. La edad no es un obstáculo para mantenernos activos socialmente y participar. Por el contrario, es un buen momento para que establezcamos nuevas relaciones y reforcemos las viejas amistades, cultivemos el tiempo de ocio, preocuparnos y actuar para mejorar todo lo que ocurre a nuestro alrededor. Nos ayudará a prevenir el aislamiento social y, en el peor de los casos, la soledad.
- El ocio es una inversión en ti mismo y contribuye a tu realización personal. Planifícalo y dedícale el tiempo que se merece.



**No olvides que eres un eslabón necesario  
en tu familia y en tu comunidad**

## MÓDULO 4



**APRENDIZAJE: CONSERVA TU MENTE ACTIVA CON EL PASO DE LOS AÑOS**

### *Debemos saber que...*

Es normal que con el paso de los años se vaya produciendo un declive progresivo de las capacidades intelectuales, que se acelera con la vejez:

- Experimentamos una pérdida de la capacidad para resolver problemas.
- Notamos cómo nos falta espontaneidad a la hora de pensar.
- Necesitamos más tiempo que antes para aprender cosas nuevas.
- La capacidad de lenguaje y de expresión también empieza a sufrir alteraciones.
- Nos resulta más difícil mantener la atención.
- La memoria, en particular, se vuelve más frágil y empezamos a tener lagunas o fallos de memoria.
- Perdemos agudeza sensorial: oído y vista.

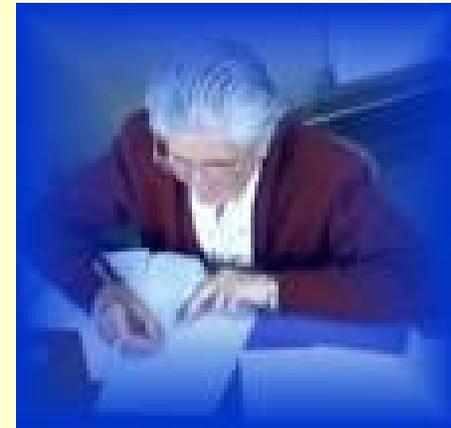
Pero también es cierto que la merma de capacidades puede ser contrarrestada con voluntad, curiosidad o la propia experiencia que nos dan los años. Existe evidencia de que si no utilizamos nuestras capacidades intelectuales éstas se deterioran y se reducen.

Por el contrario, si las utilizamos a diario y las entrenamos podemos mantener su funcionamiento en un estado óptimo, lo que nos ayudará a sentirnos mejor, más felices y a mantener nuestra autonomía. Ten en cuenta que si el conocimiento y las capacidades de aprendizaje no se renuevan, nuestra capacidad para adaptarnos a los cambios sociales, que cada vez son más y más rápidos, se verá considerablemente reducida, cuando no anulada.



**Los talleres de memoria son una gran ayuda**

Se ha comprobado que las personas que participan en actividades formativas llegan a desarrollar el deseo permanente de aprender cosas nuevas. Además, el aprendizaje te ayudará a descubrir y poner en práctica todo aquello que todavía eres capaz de comprender, hacer y ser. Y sobre todo, el aprendizaje es una necesidad, pues te ayudará a desenvolverte mejor en un entorno que está en continuo y progresivo cambio, ayudándote a vivir de manera diferente y a hacer cosas que hasta ese momento no hacías porque, entre otras cosas, pensabas que no eras capaz.



**No dejes de ejercitar tu mente**

Pero además, el aprendizaje tiene otros importantes beneficios:

- Promueve nuestro desarrollo personal y nos motiva para seguir creciendo como personas.
- Facilita espacios de relación y convivencia tanto con personas de otras generaciones como con personas de nuestra misma edad, reduciendo así las posibilidades de aislamiento y soledad.
- Mejora nuestra autoestima y confianza, pues al ir superando dificultades nos proporciona satisfacción personal.
- Potencia la autonomía y disminuye la dependencia ya que el aprendizaje tiene un enorme potencial preventivo de todo tipo de patologías asociadas a la edad al orientarnos hacia estilos de vida más saludables.
- Nos permite seguir el ritmo de los tiempos y acceder a aquello que, en muchos de los casos, por avatares varios y circunstancias de la vida nos fue privado en la juventud.



Leer, qué gran placer

### Algunos consejos a tener en cuenta

Procura mantener tu mente en buena forma:

- *La actividad física diaria* te ayudará a mantener en forma tus capacidades mentales. Asimismo, una dieta sana y equilibrada es fundamental.
- *Lee, escucha la radio, mantente bien informado* sobre lo que acontece a tu alrededor, busca oportunidades para fortalecer tus capacidades mediante la educación, capacitación,...Mantener la curiosidad te ayudará a que tu mente esté activa y funcione mejor.
- *Gestiona personalmente* el papeleo bancario, tu correspondencia personal, los recibos y facturas, las recetas médicas,...El tiempo y el esfuerzo merecen la pena.
- Cada día son más populares los *cursos de entrenamiento de la memoria*. Inscríbete. En ellos aprenderás pautas sencillas para aplicar a tu vida diaria que te ayudarán a mantener tu mente ágil y tu memoria en mejor estado. Además tendrás oportunidad de establecer nuevas relaciones.
- *Crucigramas, sopas de letras, sudokus,...o unas simples operaciones matemáticas* son recursos simples con los que obtendrás grandes resultados. Memorizar la lista de la compra, las obras de un escritor, los ingredientes de una receta,...son simples ejercicios que te ayudarán a mantener tu mente en buenas condiciones.

- **Que no decaigan tus ganas por aprender cosas nuevas. NUNCA** es demasiado tarde. Las Aulas de la Tercera edad o las organizaciones de mayores, son ámbitos que te ofrecen grandes posibilidades para satisfacer tus intereses culturales, educativos, de formación y de ocio y tiempo libre. Los cursos en los que podrás participar supondrán una experiencia gratificante ya que:
  - Te mantendrán activo física y mentalmente.
  - Te ayudarán a comprender la realidad actual.
  - Te permitirán adquirir competencias para ser autónomo y atender a tus necesidades de salud, ocio y vida diaria.
  - Te aportarán seguridad en ti mismo y en tus capacidades.
  - Fortalecerán tus relaciones sociales.



**Súbete al carro de las nuevas tecnologías**

- **Las relaciones sociales**, el hablar con otras personas que tienen tus mismas inquietudes, el interesarse por sus problemas,...tienen efectos positivos sobre nuestro estado mental.
- **Nuevas tecnologías....un reto muy saludable al que no debemos temer.** Además, tienen un gran potencial de beneficios para las personas mayores y nos ayudan a no quedar al margen de los avances de la sociedad. Las nuevas tecnologías constituyen por sí mismas un ámbito de formación, pero también de ocio, para todos nosotros. La oferta de cursos de formación, adaptados a nuestro ritmo de aprendizaje, es cada vez más amplia.

## Qué no debes hacer

- *No pongas trabas a aprender cosas nuevas*, pero tampoco te pongas límites muy exigentes, ni trates de recuperar el tiempo perdido. Cada uno de nosotros tenemos un ritmo de aprendizaje. Pero lo importante es disfrutar aprendiendo.
- *No pases por alto señales de alarma que pueden indicar un problema*, como desorientación en lugares familiares, confusión al realizar actividades cotidianas,...Si tú o alguna persona de tu entorno familiar o de amigos encuentra que tu memoria, atención o capacidad de razonar está sufriendo algún deterioro, acude a tu médico.

## ¿Sabías que...?

- Un buen estado nutricional es fundamental para controlar algunas dolencias crónicas que favorecen el deterioro intelectual.

## Recuerda

- No hay una edad determinada para aprender, todo depende de la persona y su voluntad por querer hacerlo. La primera barrera que has de vencer es la creencia de que adquirir nuevos conocimientos y habilidades corresponde a otras etapas de la vida. De hecho *“la vida es un continuo aprendizaje. Y disponemos de toda ella para aprender”*.



Yoga, tai-chi,...una moda que nos aporta bienestar

## MÓDULO 5



**OTROS FACTORES QUE CONTRIBUYEN A QUE NUESTRO ESTILO DE VIDA SEA MÁS SALUDABLE**

## 5.1. El tabaco y el alcohol merman tu calidad de vida.

⇒ **FUMAR** no es bueno para la salud, es un hábito perjudicial que altera nuestra calidad de vida. Está relacionado con el aumento del riesgo de desarrollar un importante número de enfermedades tales como enfermedades coronarias, cáncer de pulmón, boca y laringe, problemas respiratorios, infarto, osteoporosis,... Junto con el colesterol y la hipertensión, el tabaco es uno de los factores de riesgo de mortalidad más importante.



**Dejar de fumar, una sabia decisión**

Muchas personas mayores piensan que no merece la pena dejar de fumar tras años siendo fumador, pues consideran que el daño ya está hecho. Pero la realidad es que una vez se deja de fumar el cuerpo empieza a recuperarse y el riesgo de padecer enfermedades vinculadas al hábito comienza a disminuir.

Si bien existen importantes razones para que dejes de fumar, otra cosa muy distinta es que seas capaz de dejar el hábito, incluso cuando existe voluntad por tu parte y quieres realmente no fumar más. No obstante, existen programas y profesionales que pueden ayudarte. Acude a ellos.

### *Algunos consejos generales que debes tener en cuenta:*

- Una vez que has decidido dejar de fumar, establece un día para dejarlo definitivamente, pues hacerlo de forma gradual es menos efectivo.
- Es importante que comuniques tu decisión a las personas cercanas a ti, tus familiares, amigos,... para que apoyen tu decisión.

- Retira de la vista objetos tales como cigarros, ceniceros, mecheros,...
- Mantente activo caminando o realizando cualquier actividad física.
- Bebe abundante agua.
- Utiliza sustitutos de la nicotina, tales como chicles o caramelos.
- Evita situaciones de alto riesgo donde la necesidad de fumar es más alta. Tomar café o alcohol están muy relacionados con el fumar. Evita o reduce su consumo.

Prescindir del tabaco te permitirá mejorar tu salud, estar en mejor forma, recuperar el sentido del gusto y del olfato, disfrutar más de la vida y vivir más años y mejor.

⇒ El abuso de **ALCOHOL** es un problema que también afecta a las personas mayores y que está directamente asociado con serios problemas de salud tales como diabetes, enfermedades coronarias, presión arterial alta, enfermedades del hígado, úlceras de estómago, depresión,...Pero además de provocar serios problemas de salud, el abuso de alcohol puede empeorar nuestras condiciones médicas, interferir con la medicación prescrita y puede reducir considerablemente nuestra calidad de vida.

Algunas personas han abusado del alcohol durante su vida. Otras, si bien toman pequeñas cantidades, no son conscientes que mezclar alcohol con otras sustancias, como los medicamentos, puede resultar dañino. Los menos empiezan a abusar del



**Alcohol y medicación, una mala combinación**

alcohol en la etapa final de sus vidas. El consumo moderado de alcohol no representa un riesgo importante para nuestra salud. Incluso puede resultar beneficioso, siempre que se limite a un vaso de vino durante las comidas. Es muy importante no excederse en su consumo si queremos disfrutar de una buena calidad de vida.

## 5.2. Sueño y descanso: dormir bien....qué bien nos hace sentir

Dormir bien es importante. Nos ayuda a estar más saludables y a mejorar nuestro estado anímico. A medida que pasan los años nuestros patrones de sueño sufren alteraciones y suelen variar. Así, el promedio de horas de sueño, entre 7 y 8, desciende. Incluso en ocasiones nuestro sueño es de mala calidad, dormimos las horas habituales pero con sueño no reparador, levantándonos más cansados que al acostarnos. El problema más común del sueño a estas edades es el insomnio. Éste puede presentarse de diversas maneras:



**El insomnio es síntoma de otro problema**

- Tardamos mucho tiempo en quedarnos dormidos.
- Nos despertamos muchas veces por la noche.
- Nos despertamos pronto y somos incapaces de volver a dormirnos.
- Nos despertamos cansados.

Los problemas de sueño son más frecuentes en épocas de estrés o cuando sufrimos algún tipo de enfermedad. De hecho suelen ser indicativos de alteraciones físicas o emocionales, hasta el punto de que podemos afirmar que el insomnio no es un problema en sí mismo, sino que es el síntoma de otro problema.

Las consecuencias de la falta de sueño varían de unas personas a otras. Pero generalmente provoca cansancio, falta de concentración y de atención, irritabilidad, somnolencia diurna,...reduciendo así nuestra calidad de vida.

*Algunos consejos generales que debes tener en cuenta:*

- Habitúate a acostarte y levarte siempre a la misma hora. No dormites durante el día ni eches cabezadas.
- Cena dos horas antes de acostarte. No hagas cenas copiosas ni pesadas, pero tampoco te acuestes en ayunas. Es aconsejable que tomes fruta, verdura, lácteos desnatados y pescado, evitando tomar productos ricos en grasas ya que harán tu digestión más pesada y te impedirá coger el sueño.
- Algunas sustancias son excitantes, provocan nerviosismo y no te ayudarán a conciliar el sueño. No bebas alcohol, café o bebidas con cafeína antes de ir a la cama. Tampoco comas chocolate ni fumes.
- Haz que tu habitación sea un lugar agradable, seguro y confortable, con una temperatura en torno a 20º, sin ruidos y bien ventilada.
- Cuando te acuestes no te dediques a leer, escuchar la radio u oír música. Hazlo antes de irte a dormir. Ello te ayudará a relajarte. Tampoco le des vueltas a tus problemas y preocupaciones.
- Es importante disponer de una cama amplia, con un colchón en buen estado, que se adapte a tu espalda; y también de una buena almohada, que se adapte a tu columna cervical, sin forzar el cuello.



- Las técnicas de relajación, antes de ir a dormir, te ayudarán a conciliar el sueño. También ayuda el tomar una ducha tibia, un vaso de leche templada, hacer estiramientos suaves poco antes de acostarte o adoptar el hábito de hacer ejercicio diario durante la tarde, pero no en las horas inmediatas a irte a dormir.
- Si tienes problemas para conciliar el sueño levántate y realiza alguna actividad relajante, estiramientos musculares o ejercicios de respiración. Cuando notes que te vuelve el sueño, acuéstate otra vez.
- Procura restaurar tu sueño con técnicas naturales. De no lograrlo, acude al médico. Si éste te receta medicación para dormir no tomes una dosis superior a la indicada. Ten en cuenta que algunos de estos fármacos pueden producir dependencia.

### 5.3. Prevención de caídas y lesiones: Toma tú la iniciativa.

Las caídas rara vez ocurren sin razón. Los cambios fisiológicos que van asociados a la edad aumentan la probabilidad de que suframos caídas. Nuestros reflejos se van volviendo más lentos y la fuerza muscular disminuye. Nuestra forma de caminar puede variar según nos hacemos mayores y es muy probable que vayamos perdiendo vista y oído. Debemos reconocer que los “achaques” propios de la edad nos vuelven más torpes e inseguros. Algunas enfermedades comunes entre las personas mayores, como las dolencias cardíacas, la depresión, la ansiedad, los problemas circulatorios, la artrosis,...son también factores de riesgo.



**Ejercítate a diario, mejor en compañía**

Incluso algunos medicamentos prescritos por nuestro médico pueden tener efectos secundarios, como mareos y somnolencia, lo que hace que disminuya la capacidad de nuestros reflejos y aumente el riesgo de caídas. Las caídas tienen particular importancia en el caso de las mujeres, ya que muchas de ellas sufren de osteoporosis, que hace que sus huesos se vuelvan más frágiles y se rompan con más facilidad.

Cualquiera de estos problemas aumenta la probabilidad de que suframos una caída, que en ocasiones puede conllevar fatales consecuencias para nuestra autonomía y nuestro bienestar. Pero también es cierto que podemos tomar medidas para prevenirlas, tanto actuando sobre nuestro entorno más inmediato como poniendo en marcha o modificando nuestros hábitos de conducta.



**Los lácteos, una fuente de calcio y salud**

***Algunos consejos generales que debes tener en cuenta:***

- Cuida de tu salud y tu bienestar. Reducirás las probabilidades de caerte.
  - Preocúpate por tu alimentación: toma a diario productos ricos en calcio, como leche y productos lácteos desnatados, pescados azules, verduras de color verde intenso,...Ayudarán a que tus huesos sean más fuertes
  - Haz a diario ejercicio físico adaptado a tus características: estiramientos, ejercicios de equilibrio, ejercicios de resistencia,... Mejorarás tu agilidad, equilibrio, coordinación,... y fortalecerás tus huesos y músculos. El ejercicio físico te ayudará a mantener la flexibilidad de tus articulaciones, tendones y ligamentos.

- Acude periódicamente al médico para hacerte revisiones de vista y oído. Sigue sus consejos y recomendaciones. Si eres mujer, una densitometría te dirá cuál es el estado de tus huesos.
- Infórmate sobre los efectos secundarios de los medicamentos que tomas. Algunos producen mareos, otros afectan a la coordinación y equilibrio, otros producen somnolencia,...lo que aumenta el riesgo de que puedas caerte.
- No abuses del alcohol, ya que afecta a tus reflejos y al equilibrio. Limita el consumo a un vaso de vino en las comidas.
- En ocasiones, al levantarte rápidamente de la cama, de la silla o del sofá, o cuando sales del coche, se produce una bajada brusca de tu tensión arterial que lleva asociada la sensación de mareo. Para evitarlo, incorpórate lentamente.
- Utiliza calzado cómodo, con suela antideslizante. No andes con zapatillas sueltas, chanclas o con zapatos con tacón muy alto.
- Utiliza ropa amplia y cómoda, que no dificulte tu movilidad.
- Haz que tu hogar sea más seguro y elimina los obstáculos. Para ello, controla los factores de riesgo:
  - Asegúrate que todas las instancias de la casa están bien iluminadas y que los interruptores son fácilmente accesibles.
  - Procura que cada cosa esté en su sitio y no haya obstáculos ni cables en los lugares por los que te mueves.



- Si es preciso, coloca pasamanos y agarraderos en lugares de especial riesgo, como en las escaleras, en la ducha y bañera, junto a la cabecera de la cama,...
- Prescinde de las alfombras. En el caso de haberlas procura que no sean muy gruesas y coloca bajo ellas bandas antideslizantes.
- Ten cuidado con aquéllas superficies que pueden mojarse, como el cuarto de baño, dentro y fuera de la bañera, o cerca del fregadero. Coloca una alfombra antideslizante.
- Procura que las sillas y el sofá de tu casa sean de la altura adecuada, de tal forma que puedas sentarte y levantarte con facilidad y seguridad. Si tienen reposabrazos, tanto mejor.
- Procura que los objetos que usas a diario sean accesibles y estén a mano. No los coloques en lugares altos.



**En la calle, presta atención**

- Cuando estés en la calle:
  - Evita caminar por lugares donde haya obras, estén mal iluminados o tengan aceras estrechas.
  - Al cruzar las calles, ten en cuenta la duración de los semáforos.
  - Presta atención a los obstáculos que te encuentras, como contenedores y papeleras, buzones, farolas. En invierno, ten cuidado con los charcos y las placas de hielo.
  - Camina a tu ritmo, no al que te marquen los demás.

#### 5.4. Medicación: haz un uso racional de los medicamentos.

La no medicación, la sobremedicación y la combinación de medicamentos son problemas muy comunes entre la población, pero particularmente entre las personas mayores. A medida que cumplimos años es probable que tengamos que hacer frente a más problemas de salud que requieren de tratamiento farmacológico. Los cambios que experimenta nuestro organismo van a influir en la forma en la que nuestro cuerpo hace uso de los medicamentos: los absorbe, utiliza y los elimina. Algunos de ellos producen efectos secundarios, que no son otra cosa que reacciones no deseadas en nuestro cuerpo y que, por lo general, son leves y desaparecen por si solas. Asimismo, la polifarmacia, o consumo de varios medicamentos al mismo tiempo, aumenta la posibilidad de que experimentemos reacciones adversas e incluso perjudiciales para nuestra salud, al interferir unos medicamentos con otros. Debemos también reconocer que muchos de nosotros, siguiendo los consejos bienintencionados de

familiares o amigos, o por propia iniciativa e ignorancia, hemos consumido a la ligera, en alguna ocasión, medicamentos sin seguir ningún tipo de indicación o supervisión de nuestro médico.

Todos sabemos que las medicinas son necesarias para la prevención y tratamiento de enfermedades. Pero debemos saber que, si no hacemos un uso adecuado de ellas, pueden perder parte de su efectividad e incluso ocasionar serios problemas para nuestra salud. Por tanto, lo primero que debemos tener claro es que todo medicamento encierra un peligro potencial en si mismo, si no se utiliza adecuadamente.



**Medicación, la necesaria**

### *Algunos consejos generales que debes tener en cuenta:*

- El éxito de cualquier tratamiento farmacológico no sólo depende del médico y del farmacéutico. También depende de nosotros. Debemos hacer un uso apropiado de los medicamentos, debiéndolos tomar únicamente cuando tengamos un problema de salud debidamente diagnosticado y estén indicados por el profesional correspondiente:
  - El médico, en el caso de los medicamentos sujetos a prescripción médica (necesitan receta).
  - El farmacéutico, en el caso de medicamentos no sujetos a prescripción médica (no necesitan receta).

Por ello, no te automediques, toma únicamente tus medicinas y no las que otros te aconsejen. Esto podría ocultar los síntomas de tu enfermedad y dificultar su diagnóstico.

- El incumplimiento del tratamiento conlleva que el medicamento no produzca los beneficios deseados y que incluso nuestra situación pueda agravarse. Por ello, es preciso que tomemos la medicación durante todo el periodo prescrito por el médico.
- A la hora de tomar los medicamentos sigue las instrucciones del médico o del farmacéutico y asegúrate que las has entendido bien. Lee atentamente el prospecto y guárdalo. Si tienes dudas sobre cómo tomar el medicamento o no entiendes las indicaciones, pide al médico o al farmacéutico que te lo anoten en un papel. Si te proporciona más confianza y consideras que va a entender mejor las explicaciones del médico, acude a la consulta con un familiar o amigo.



- En general, no manipules los medicamentos. Si tienes dificultades para tragar comprimidos o cápsulas consulta con tu médico o farmacéutico; seguro que en muchos casos habrá otras alternativas válidas, tales como sobres o jarabes.
- Si tomas varios medicamentos al mismo tiempo, es preciso que los conozcas y sepas diferenciarlos, saber cuál es para cada enfermedad. Puedes hacer tú mismo un calendario en el que poder llevar el control de tus medicinas y de las tomas que haces al día.
- Si el medicamento prescrito es de una única toma al día, es importante que dicha toma sea siempre a la misma hora, con el fin de evitar olvidos.
- En los tratamientos con antibióticos respeta la pauta indicada por el médico y respeta la duración del tratamiento. No dejes de tomarlos antes de tiempo, incluso aunque algunos síntomas hayan desaparecido. Los antibióticos mal utilizados no serán eficaces cuando realmente sean necesarios.



**Cuidado con los antibióticos**

- Es importante conocer si hay que tomar el medicamento con las comidas o fuera de ellas. Así:
  - “*Con las comidas*”. Quiere decir tomar el medicamento durante o inmediatamente después de las comidas.
  - “*Fuera de las comidas*”. Significa que los medicamentos han de tomarse con el estómago vacío, esto es, una hora antes o dos horas después de las comidas. Han de tomarse con un vaso de agua, nunca con leche o zumos. Se pretende en este caso evitar posibles interferencias que podrían retrasar o reducir la absorción de algún medicamento, como puede ocurrir con los antibióticos.

- Ten en cuenta que el mal uso y el abuso de algunos medicamentos, como los tranquilizantes (utilizados para dolencias comunes entre la población mayor, como la angustia y el insomnio) pueden generar adicción.
- Si algún medicamento te provoca efectos secundarios o algún tipo de alergia o reacción adversa no dudes en consultar a tu médico o a tu farmacéutico.
- Si tomas algún medicamento evita mezclarlo con alcohol, ya que puede provocar reacciones adversas como somnolencia, cansancio, pérdida de reflejos,...afectando a la rapidez de tus reacciones.
- Cuando acudas al médico por alguna dolencia, lleva anotados en un papel los nombres de todos los medicamentos que en ese momento estés tomando para ver si se adaptan o no a tus necesidades. También infórmale sobre los efectos secundarios que has experimentado y de las reacciones que han provocado al tomarlos. Cuanta más información tenga más podrá ayudarte.
- Guarda los medicamentos en un lugar fresco, seco y sin mucha luz. Revisa periódicamente la caja donde los guardas y elimina aquéllos que ya han caducado.



### **5.5. Revisiones médicas y pruebas regulares: la ITV de nuestro cuerpo.**

Como ya hemos visto anteriormente, al ir cumpliendo años se van produciendo toda una serie de cambios normales en nuestro organismo. Ello hace que nuestra salud sea la principal de nuestras preocupaciones. De hecho, la prevención y el mantenimiento de una buena salud es una necesidad ampliamente sentida entre nosotros a medida que nos hacemos mayores. A estas edades ciertas enfermedades, como osteoporosis, diabetes,

cataratas o depresión, son más comunes entre nosotros. Pero cumplir años no es sinónimo de mala salud ni de enfermedad.

También es cierto que los mayores tendemos a no valorar ciertos signos y síntomas que indican enfermedades. Y no lo hacemos porque consideramos que son “*cosas normales*” en las personas mayores. Es preciso que prestemos atención y escuchemos a nuestro cuerpo. En ocasiones experimentamos mareos, zumbidos en los oídos, se nos borra la visión o vemos “*lucecitas*”; tenemos dolor de cabeza o nos duele el pecho; perdemos el apetito o por el contrario nuestra hambre es insaciable; nos sentimos débiles o cansados, tenemos sequedad prolongada de la boca o sudoraciones,...A veces experimentamos cambios bruscos en nuestro carácter, como tristeza, mal humor, irritabilidad,...



**Ante cualquier síntoma, acude a tu médico**

El autocuidado tiene como objetivo diagnosticar temprano enfermedades y los riesgos que éstas suponen para nuestra salud. Por ello, si experimentas alguno de esos síntomas que antes hemos señalado, u otras sensaciones anormales, acude a tu médico e infórmale detalladamente. Si lo haces pronto es posible que evites mayores riesgos que pudieran poner en peligro tu salud y tu calidad de vida. Es importante que llevemos un control regular de nuestra salud y que tomemos una serie de precauciones para garantizar un buen estado de la misma. Sin duda podemos beneficiarnos de las prestaciones de nuestros servicios sanitarios. Es un error no hacerlo. Como también lo es no acudir al médico a realizar las revisiones y chequeos periódicos por miedo a que nos detecten alguna enfermedad, o pensar que nuestros problemas de salud son tan sólo una consecuencia más de la edad, algo normal.

*Algunos consejos generales que debes tener en cuenta:*

- Revisa periódicamente tu vista. Las cataratas, el glaucoma o la degeneración macular son frecuentes con el paso de los años.
- Los problemas de audición también son comunes. Presta atención a tu oído.
- No descuides el estado de tus dientes y encías. Visita al dentista al menos una vez al año para una revisión periódica.
- Revisa regularmente tu tensión arterial, al menos 1 vez al año. Si tienes hipertensión, sigue los consejos de tu médico. Evita las grasas, el tabaco, el exceso de alcohol, la sal y otros productos que la contienen y no dejes de hacer ejercicio todos los días.
- Controla los niveles de colesterol. Una analítica al año es lo recomendable. Tu corazón te lo agradecerá. El ejercicio diario y una dieta rica en frutas, verduras, cereales y pescado azul contribuirá a bajar los niveles y también a prevenir el sobrepeso, otro de tus enemigos. Evita las grasas animales y los alimentos que las contienen, las frituras, así como el tabaco y el alcohol.
- Cuidado con la diabetes. Controla tu nivel de azúcar en la sangre. Evita comidas ricas en azúcar. Incluye en tu dieta abundante frutas y verduras. Toma alimentos ricos en almidón, como arroz, maíz o cereales. Controla tu peso y haz ejercicio físico, a diario.



- En el caso de las mujeres, es importante cuidar tus huesos. Una densitometría te dirá cómo están. No olvides que es muy importante tomar a diario alimentos ricos en calcio, como leche y otros productos lácteos desnatados, verduras de color verde oscuro, cereales,...Haz ejercicio todos los días, toma un poco el sol y evita el consumo de alcohol y el tabaco.
- Algunos tumores son más frecuentes en las personas mayores, como son el cáncer de mama y de cuello de útero en la mujer, el cáncer de próstata en hombres y el cáncer de colon en ambos. No descuides las revisiones periódicas y, ante cualquier señal sospechosa, acude a tu médico.
- Explora habitualmente la piel, y ante cualquier mancha, peca, verruga,...el dermatólogo te sacará de dudas.



- Si eres propenso a la gripe, no olvides vacunarte todos los años, allá por el mes de octubre.
- Atento a tu bienestar emocional. En particular, cuidado con la *depresión*, es muy común entre las personas mayores. Puesto que en muchas ocasiones ésta acompaña a otras enfermedades, es bastante común que pase desapercibida para los médicos y para nosotros mismos. Estate por ello alerta. La pérdida de tu pareja, o de un hijo u otro familiar; si sufres alguna enfermedad crónica; la frustración por la pérdida de memoria; la dificultad para adaptarte a cambios importantes de tu vida, como bien puede ser la jubilación, pueden ser causa de depresión. Algunos de los síntomas que te pondrán en guardia son: irritabilidad, mal humor, agitación y nerviosismo, tristeza, sentimientos de abatimiento, desinterés por las actividades habituales, pérdida de apetito, fatiga, problemas de sueño, sentimientos de

culpabilidad, pensamientos sobre muerte y suicidio. Ten en cuenta que la depresión puede ser tratada con éxito. En lugar de pensar que el paso del tiempo la curará, acude a un especialista. Pide ayuda a tu familia y asegúrate que ellos están a tu lado y te apoyan.

- Cuidado con el estado de tu *memoria*. Es frecuente que con el paso de los años vayamos teniendo algunos problemas sin importancia, las llamadas “*pérdidas de memoria benignas*”. Éstas no interfieren en nuestras relaciones personales, ni en nuestro desenvolvimiento diario, o en las tareas cotidianas en el hogar o en nuestra orientación. Pero este no es el caso de la demencia, un problema al que muchas personas mayores y sus familias se enfrentan a diario. Por eso, nosotros, y también nuestras familias, debemos estar atentos a sus síntomas. Algunos de éstos son: desorientación en lugares familiares; confusión al realizar actividades cotidianas; dificultad para recordar cosas, en particular las más recientes; sentirse confundido ante otras personas y tener dificultad para seguir el hilo de lo que ellos dicen; perder interés en hacer otras cosas, incluso cosas con las que antes se disfrutaba; deprimirse o tener humor variable,... No pases por alto estas señales de alarma ya que pueden indicar un problema. Si tú o alguna persona de tu entorno familiar o tus amigos encuentran que tu memoria, atención o capacidad de razonar está sufriendo algún deterioro, acude a tu médico.



**Cuida de tu bienestar emocional**

*Para la reflexión:*

Como en algún momento hemos dicho, no existen fórmulas mágicas que garanticen al cien por cien que vamos a envejecer en perfectas condiciones y que vamos a mantener nuestra autonomía e independencia hasta el final de nuestros días. No obstante, es mucho lo que podemos hacer para aumentar nuestra esperanza de vida libre de discapacidad y de enfermedades, lo que contribuirá a que vivamos esta etapa vital con más calidad de vida y mayores niveles de bienestar. El *primer paso* para ello es tomar conciencia de que esta etapa es un periodo de crecimiento y realización personal, un periodo en el que podemos ser tan productivos, creativos, participativos, saludables,...como lo fuimos en otros momentos previos de nuestra vida. El *segundo paso* podría ser, por qué no, modificar nuestros hábitos perjudiciales y adoptar estilos de vida más saludables. Recuerda que NUNCA es tarde para hacerlo. Esperemos que en esta guía hayas encontrado información que te anime a ello y que te ayude y oriente a llevarlo a cabo.

# **VIVIR MEJOR MÁS ALLÁ DE LOS 50**

Guía para la promoción de estilos de vida saludables



**José Ramón Navarro Bragado**

**Master en Intervención en Calidad de Vida de Personas Mayores**

**Universidad Nacional de Educación a Distancia-UNED**