

Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales*

Rocío Fernández-Ballesteros
Universidad Autónoma de Madrid

La calidad de vida es un complejo concepto cuya definición operacional resulta francamente difícil. Sin embargo, es posible establecer una de sus esenciales condiciones: su multidimensionalidad. Es decir, la calidad de vida (como la vida misma) cuenta con ingredientes múltiples. En el presente trabajo se sostiene que la calidad de vida en la vejez, como concepto multidimensional, está, además, en dependencia del contexto o de ciertas circunstancias del individuo. Este planteamiento se examina a través del análisis de múltiples indicadores de calidad de vida evaluados en sujetos mayores de 65 años que cuentan con distintas condiciones: viven en su propio domicilio o en instituciones (públicas y privadas), cuentan con distintas edades, pertenecen a distinto género y están adscritos a distintas posiciones sociales. La conclusión final es que durante la vejez la posición social, la edad y el género son circunstancias más importantes que el vivir en el propio domicilio o en una residencia, para la mayor parte de las dimensiones de calidad de vida.

Palabras clave: Calidad de vida, hogar, residencias, género, edad, posición social.

The concept of the quality of life is particularly difficult to operationalize. Nevertheless, it is possible to establish one of its essential conditions: its multidimensionality. Like life itself, the quality of life is made up of many ingredients. Additionally, the quality of life of the elderly is dependent on the context or circumstances in which the individual lives. We evaluated multiple indicators of the quality of life by interviewing subjects older than 65 and whose personal circumstances were distinct. These variables included age, gender, socio-economic status and place of living (at

* Este texto se publica a la vez en *Intervención Psicosocial* y en *Anuario de Psicología*, con la autorización de ambas revistas.

Dirección de la autora: Laboratorio de Gerontología, Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. 28049 Madrid. E-mail: r.fallesteros@uam.es

home or in public or private residences for the elderly). We conclude that in old age socio-economic status, gender, and age are more important than the place of residence in determining the quality of life.

Key words: Quality of life, Home, Residences for the Elderly, Gender, Socio-economic status.

Son muchos los trabajos que, en los últimos años, han tratado de postular y/o indagar el concepto de calidad de vida (CV) (para una revisión véase, Fernández-Ballesteros 1993, en prensa). Incluso, puede decirse que la progresión de trabajos sobre este constructo encontrada en distintas bases de datos bibliográficas, ecológicas (*Urban*), biológicas (*Biosis*), médicas (*Medline*), psicológicas (*Psychlit*) y sociales (*Sociofile*), es extraordinaria. Por ejemplo, en 1969 hubo 0 citas en *Urban*, 1 en *Biosis*, 1 en *Medline*, 3 en *Psychlit* y 2 en *Sociofile* mientras que, en 1995, se encontraron, respectivamente 112, 1.379, 2.242, 187 y 137. Si utilizamos las frecuencias acumulativas para cada una de estas bases de datos que aparecen en la Tabla 1, podemos concluir que ha habido un creciente interés en la calidad de vida en distintos ámbitos científicos pero que, mientras la progresión ha sido aritmética en las áreas urbanísticas, psicológicas y sociales, el crecimiento en la literatura biológica y médica ha sido exponencial.

Como señalaba en otro lugar (Fernández-Ballesteros, en prensa), desde una perspectiva semántica, el término «calidad» hace referencia a ciertos atributos o características de un determinado objeto (la vida), y a su vez, la «vida» supone una amplia categoría que incluye a los seres vivos. El problema, de entrada, es que la vida puede ser analizada desde distintas perspectivas y, por tanto, la calidad de vida ha de ser –necesariamente– multidisciplinar. Los ecólogos y los biólogos están implicados en la calidad de los nichos ecológicos que contienen formas más o menos complejas de vida y utilizan indicadores tales como la pureza del agua, el equilibrio de especies o la deforestación. Los científicos sociales (economistas, sociólogos, etc.) están preocupados por el bienestar de las poblaciones y utilizan medidas socio-económicas (como, por ejemplo, el Producto Interior Bruto (PIB) o la renta per capita) o sociales (como, por ejemplo, tasas de

TABLA 1. INCREMENTO DE CITAS EN «CALIDAD DE VIDA» EN 5 BASES DE DATOS

	<i>Urban</i>	<i>Biosis</i>	<i>Medline</i>	<i>Psychlit</i>	<i>Sociofile</i>
1969	1	1	1	3	2
1995	112	1.379	2.242	187	127
1967-1974	–	20	61	62	109
1975-1979	14	160	1.051	162	346
1980-1984	33	394	1.695	404	507
1985-1989	200	1.575	3.685	877	640
1990-1995	593	5.821	10.641	1.583	881

criminalidad, indicadores de desintegración familiar, etc.). Finalmente, desde un punto de vista médico, con el fin de evaluar la calidad de la salud, se han venido utilizando indicadores epidemiológicos y sociodemográficos (como la mortalidad, la esperanza de vida o tasas de morbimortalidad). Sin embargo, la renta per capita, la tasa de criminalidad o la esperanza de vida, con ser indicadores importantes sobre el nivel de desarrollo económico, social o de salud de un determinado grupo humano, no parecen dar cuenta suficiente del bienestar humano.

A la hora de definir el concepto de calidad de vida, dos grandes polémicas están siendo debatidas: 1) De una parte, se postula que la calidad de vida hace referencia, exclusivamente, a la percepción subjetiva que el/los individuo/s tiene/n sobre ciertas condiciones, mientras que otros, por el contrario, consideran que la calidad de vida ha de comprender tanto condiciones subjetivas (relativas a la valoración o la apreciación que el sujeto tiene sobre distintas condiciones de la vida) como objetivas (esas mismas condiciones pero evaluadas de forma independiente al sujeto). 2) Por otra parte, se cuestiona si la calidad de vida ha de referirse, necesariamente, a un concepto idiográfico en el sentido de que es el sujeto quien ha de establecer cuál/es son los ingredientes que intervienen en la «calidad» de su vida o, más bien, si puede ser establecida una calidad de vida general para todos los sujetos, o concepto nomotético.

Por lo que se refiere a la polémica objetivo/subjetivo, como señalábamos en esta misma publicación (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993), y contrariamente a lo que proponen aquellos autores que definen la calidad de vida como una variable subjetiva (véase, por ejemplo, WHOQOL, 1993), sosteníamos que una operacionalización de la calidad de vida reduccionista —tanto exclusivamente subjetiva como objetiva— no hace sino empobrecer y desvirtuar un concepto que, por su propia naturaleza, es extraordinariamente diverso. La vida conlleva condiciones objetivas y la vida humana, desde luego, entraña la conciencia y, por tanto, la reflexión sobre ellas, es decir, un concepto subjetivo. Ambos tipos de condiciones son ineludibles a la hora de dar cuenta de la calidad de vida de un determinado sujeto o grupo de sujetos. Así, por ejemplo, si se considera como un ingrediente incontestable de la calidad de vida el apoyo social con que cuenta el sujeto (finalmente, esa es una de las necesidades básicas humanas), ello hace referencia a un dato objetivo, a saber, el número de relaciones sociales que un determinado sujeto establece en una unidad de tiempo (sin relaciones humanas no puede haber apoyo); pero, también, no es menos importante la condición subjetiva que entraña la satisfacción que el sujeto siente en sus relaciones sociales (en el mismo sentido de Lawton, 1991). Sampson (1981) nos alerta del peligro que supone proponer un concepto social en su definición exclusivamente subjetiva; ello conlleva, lógicamente, abandonar objetivos de modificación de condiciones sociales *reales* relevantes (incluso, injustas) y la actuación exclusiva sobre las cogniciones de las personas que, finalmente, pueden llegar a ser convencidas de vivir en falsos paraísos.

La cuestión, también importante, es si se puede establecer un concepto nomotético, o general, de calidad de vida aplicable a todos los individuos o si, contrariamente, éste debería ser definido idiográficamente por el propio sujeto de la vida. En otras palabras, dado que la calidad de vida hace referencia (aunque no

sólo) a aspectos subjetivos, algunos autores sostienen que es sólo el sujeto quien puede configurar los elementos de la calidad de su vida (véase, por ejemplo, Browne, O'Boyle, Mc Gee, Joyce, McDonald, O'Malley y Hiltbrunner, 1994). Como señalaba en otro lugar, dado que las necesidades humanas básicas son de carácter bastante general, es poco probable que exista una máxima disparidad en los componentes de la calidad de vida atribuidos por dos seres humanos distintos. Sí puede ser cierto que determinados componentes tengan un mayor peso que otros en unos determinados momentos o situaciones. Así, por ejemplo, la salud es un ingrediente incuestionable de la calidad de vida; sin embargo, para los jóvenes la salud (que se posee) tiene una importancia secundaria al trabajo o a las relaciones sociales (Ruiz y Baca, 1993), mientras que para los mayores la salud (que se teme perder o, en parte, se ha perdido) cobra una importancia máxima por encima de cualquier otra condición. En definitiva, nuestra propuesta se basa en que es posible establecer un concepto general o nomotético de calidad de vida, aunque es también posible otorgar pesos relativos -para distintos sujetos-a las variables implicadas aproximándonos a un concepto cuasi-idioográfico de la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, en prensa; Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996).

Sin embargo, lo que está claro es que, más allá de conceptualizaciones subjetivo/objetivas o nomotético/ idiográficas, la calidad de vida se expresa en distintos contextos. En otras palabras, la circunstancia en la que determinada persona se encuentra permite explicar -al menos hasta cierto punto- su calidad de vida diferencial. La edad, el género, la posición social, el vivir en el propio domicilio o en una institución son, sin duda, variables que permiten predecir la calidad de vida de una determinada persona. En este sentido, la vejez supone uno de los contextos en los que la calidad de vida más se ha investigado; la asunción general es la de que las personas mayores experimentan -a lo largo de la vejez- una serie de pérdidas o disminuciones de las condiciones o ingredientes que comúnmente están involucradas en la vida y que, por tanto, la calidad de vida de los mayores se resiente. Las políticas sociales encaminadas a la atención de los mayores tienen, precisamente, el objetivo de mejorar su calidad de vida.

En resumidas cuentas, en los últimos veinte años, la calidad de vida ha emergido como un potente constructo que representa, incluso, un cambio en los objetivos y metas sociales. Los políticos sociales no sólo se proponen un mayor desarrollo económico, una mejor distribución de la riqueza o el incremento de la esperanza de vida en sus poblaciones, sino que pretenden, también, producir un impacto positivo en el bienestar de los colectivos atendidos y en la valoración que los ciudadanos tienen sobre los programas sociales. Como señalaba Tolman (1941), el concepto del «homo económico» ha sido sustituido por el de «homo psicológico»; variables tales como la percepción del control, el sentirse apoyado socialmente o, incluso, la propia satisfacción con la vida, son importantes condiciones del bienestar social (Campbell, 1981). Ello conlleva la introducción de un componente subjetivo (y, por tanto, estrictamente psicológico) en las metas sociales que ha adoptado el nombre de calidad de vida. Sin embargo, y a pesar de que este componente es enfatizado desde todas las disciplinas que de él se ocupan, los psicólogos están menos implicados que otros científicos en su defi-

nición operativa, en su medición y en la discusión sobre su naturaleza (como puede apreciarse en la Tabla 1), lo cual seguramente repercute negativamente sobre la investigación en este área y debe ser una llamada de atención a los propios psicólogos. Por último, es importante contribuir a la contrastación de que la calidad de vida, como concepto multidimensional, no es independiente de los distintos contextos en los que la vida surge y a los que el sujeto pertenece. La mayor parte de los trabajos sobre calidad de vida se refieren a situaciones vitales concretas, es decir: calidad de vida en personas con determinadas patologías (diabéticos, personas con SIDA), de distintas edades (mayores, niños), con distintos niveles de renta, etc. Dentro de estos contextos, la edad parece ser una condición personal determinante de la calidad de vida y gran parte de los estudios sobre calidad de vida se refieren a esta condición bio-psico-social.

Por todo ello, en los últimos años, desde el Laboratorio de Gerontología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, en estrecha colaboración con el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), se han realizado una serie de investigaciones con el objetivo de perfilar un concepto operacional de calidad de vida en la vejez, examinar qué repercusiones tiene la institucionalización sobre la calidad de vida así como qué otras condiciones influyen en ella y, finalmente, diseñar un instrumento de evaluación de la calidad de vida de fácil aplicación que permita evaluar programas y servicios gerontológicos.¹ El presente trabajo supone una sumaria presentación de los resultados obtenidos.

Antecedentes

Como se ha dicho, la calidad de vida puede ser, de entrada y a priori, descrita como un macroconcepto multidimensional –en el que se integran distintos componentes o condiciones– cuyo peso o importancia varía en función de una serie de parámetros personales (como la edad o el género) o sociales (como las condiciones socio-económicas o educativas). Pero, además, la calidad de vida tiene una gran relevancia, no solo científica sino también social, ya que se viene utilizando como el objetivo por excelencia del estado del bienestar y, más aún, de las políticas socio-económicas de todo estado moderno y democrático y de cualquier signo político.

Hace ya algunos años, presentamos un concepto de calidad de vida para la vejez que no solo se basaba en planteamientos teóricos sino en hallazgos empíricos (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993). En breve, tras establecer un concepto teórico y apriorístico de calidad de vida listando sus elementos constituyentes, indagamos si éste era contrastado mediante los «ingredientes» establecidos por la gente común, a ese concepto le denominamos concepto popular («pop») de calidad. Ello lo hicimos preguntando a los sujetos de una mues-

1. Un *Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECVI)* ha sido ya desarrollado y publicado en Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá (1996).

tra representativa de población española (N=1.200), mayores de 18 años, sobre qué aspectos consideraban eran importantes a la hora de hablar de la calidad de vida de las personas mayores.

Tanto desde una perspectiva teórica como empírica, las condiciones que parecen integrar la calidad de vida son las siguientes:² la salud (tener una buena salud), las habilidades funcionales (valerse por sí mismo), las condiciones económicas (tener una buena pensión y/o renta), las relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y los amigos), la actividad (mantenerse activo), los servicios sociales y sanitarios (tener buenos servicios sociales y sanitarios), la calidad en el propio domicilio y del contexto inmediato (tener una vivienda buena y cómoda y calidad de medio ambiente), la satisfacción con la vida (sentirse satisfecho con la vida) y las oportunidades culturales y de aprendizaje (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas). Estos ingredientes o condiciones fueron mencionados como esenciales para la calidad de vida en la vejez y no variaron según el género, la edad o la posición social de los entrevistados.

Por otra parte, también pretendimos examinar empíricamente la validez de constructo del concepto tanto teórico como «pop» de calidad de vida indagando sobre cada uno de esos aspectos (salud percibida, autonomía personal, renta, satisfacción y apoyo social recibido, nivel de actividad, servicios sociales y sanitarios, calidad de la vivienda y del contexto, recursos económicos y culturales) tanto directamente preguntando a las personas mayores encuestadas como a los allegados de personas mayores sobre éstas.³ Factorizamos separadamente las respuestas dadas tanto de los mayores de 65 años sobre sí mismos como de los menores de esa edad sobre sus allegados mayores. Ambas factorizaciones arrojaron una muy semejante distribución factorial coincidente con el concepto previamente establecido de calidad de vida. Pudimos así establecer un concepto de vida en la vejez en el que basarnos a la hora indagar qué condiciones personales y sociales determinaban una mayor o menor calidad de vida (véase Fernández-Ballesteros, 1993, 1996).

Pero, una de las condiciones que, supuestamente, más influye en la calidad de vida de los mayores es habitar en su propio domicilio o hacerlo en una institución. La política social de atención a los mayores se basa, precisamente, en tratar de mantener al mayor en su propio domicilio y, asimismo, los mayores que viven en la comunidad rechazan la idea de trasladarse a una residencia. En definitiva, la opinión general es que los mayores que habitan en instituciones (tanto en residencias públicas como privadas) ostentan una menor calidad de vida que los que siguen viviendo en su propio domicilio. Por ello, pareció de todo punto relevante indagar la calidad de vida en mayores que habitaban en su propio domicilio y aquellos que lo hacían en residencias públicas y privadas. Pero, ¿qué otras condiciones personales (como la edad o el género) y sociales

2. Anotamos entre paréntesis los aspectos constituyentes de calidad de vida tal y como aparecían en nuestro listado (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993).

3. A los menores de 65 se les pidió que focalizaran a una persona mayor de 65 años —que conocieran bien— y todas las preguntas sobre salud, habilidades funcionales, etc., fueron realizadas sobre esa persona (para una mayor descripción del procedimiento véase Fernández-Ballesteros y Maciá, 1996).

(como la posición social) influyen, y en qué medida sobre la calidad de vida de los mayores?

Calidad de vida en distintos contextos⁴

Con el objetivo de evaluar una serie de ingredientes o aspectos que componen o configuran el amplio concepto de «calidad de vida», en distintos contextos potencialmente relevantes, se seleccionó una muestra de 1.014 sujetos, mayores de 65 años. La muestra se seleccionó en tres contextos distintos:

a) 507 sujetos habitantes en sus propios domicilios de los cuales, 170 pertenecían al rango de edad entre los 65 y 69 años, 124 estaban entre 70 y 74 años, 101 entre 75 y 79 años y 111 contaban con más de 80 años; 210 eran varones y 297 mujeres; 26 pertenecían a posición social alta y media alta, 103 a posición social media, 130 a posición social media baja, 102 a posición social baja y 145 fueron agrupadas como amas de casa.⁵

b) 256 sujetos habitantes en residencias públicas para válidos de todo el territorio nacional.⁶ De ellos, 72 estaban entre 65 y 69 años, 80 entre 70 y 74 años, 56 entre 75 y 79 y 43 contaban con más de 80; 105 eran varones y 151 mujeres, 15 pertenecían a clase alta, 54 a clase media, 71 a clase media/baja, 50 a clase baja y 64 eran amas de casa.

c) 251 sujetos habitantes en residencias privadas para válidos seleccionadas en todo el territorio nacional. De ellos, 63 contaban entre 65 y 69 años, 71 entre 70 y 74, 60 entre 75 y 79 años y 56 contaban con más de 80 años; 99 eran varones y 152 mujeres; 27 pertenecían a clase social alta y media/alta, 59 a clase media, 64 a clase media/baja, 32 a clase baja y 66 eran amas de casa.

Las características de las tres muestras evaluadas permiten examinar (con un error muestral del $\pm 3\%$) los efectos que —además de la condición de vivir en el propio domicilio o en una residencia— la edad (de 65 años en adelante), el género y las distintas condiciones o contextos tienen sobre los ingredientes de calidad de vida.

Con el fin de indagar la calidad de vida en los distintos sujetos de la muestra y con base en el concepto previamente establecido, se construyó un cuestionario con los siguientes apartados:

Salud. Utilizamos indicadores subjetivos (tales como la percepción de salud o el informe sobre trastornos psíquicos) y objetivos (por ejemplo, número de medicamentos ingeridos, número de dolores informados, etc.).

4. «Calidad de vida en la vejez en distintos contextos» ha sido un trabajo de investigación realizado en colaboración con el INSERSO durante 1993 y 1994 cuyos resultados han sido publicados por el INSERSO (véase Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996).

5. Seleccionada con base en los datos poblacionales del censo de 1991 proporcional por sexo, edad, tamaño del hábitat y Comunidad Autónoma (error muestral $\pm 3\%$). La posición social fue obtenida según la renta y el nivel profesional (según los indicadores utilizados por CIREs). Se estableció una categoría especial de «amas de casa» que agrupaba a todas aquellas mujeres que no contaban con una profesión definida y que eran viudas.

6. Los individuos que componen las dos muestras residenciales fueron seleccionados tras la selección de Residencias Públicas y Privadas presentes en el documento «Bases para una planificación de centros Residenciales para la tercera Edad» (INSERSO, 1989).

ción social. Así, las personas que viven en su propio domicilio (respecto de los que viven en residencias de ancianos tanto públicas como privadas),⁸ los más jóvenes (respecto de los mayores), los hombres (respecto de las mujeres) y las personas que cuentan con una más alta posición social respecto de las de más baja, consideran poderse valer por sí mismos mejor e informan tener menos dificultades para realizar las actividades de la vida diaria.

Nivel de actividad y actividades de ocio

Aunque el nivel de actividad (de completamente inactivos (1) a actividad física regular (5)) que desarrollan los sujetos mayores es muy bajo (alcanzan en promedio un valor de 1,8 en la escala de 5 puntos), encontramos diferencias significativas en función de las variables relevantes. Así, hacen menos ejercicio físico los mayores respecto de los más jóvenes, las mujeres respecto de los hombres y los sujetos que pertenecen a clases sociales más bajas respecto de las más altas. No aparecen diferencias significativas por lo que se refiere al contexto en el que habitan; es decir, los mayores que viven en su propio domicilio no difieren de aquellos que viven en residencias de ancianos, aunque, desde luego, los que más actividad física realizan son los que viven en sus propios domicilios.

Por lo que se refiere a las actividades de ocio y tiempo libre, *ver la TV y escuchar la radio* son las dos actividades que más ocurren en la vejez (como promedio, ven la TV frecuentemente el 77% y escuchan la radio el 60% de los sujetos entrevistados). Escuchan y ven significativamente más radio y TV las personas que viven en sus propios domicilios (respecto de los que habitan en residencias), los mayores respecto de los más jóvenes, las mujeres con respecto a los hombres y los sujetos de posición más baja respecto a los de posición más alta.

Caminar es la tercera actividad de ocio y tiempo libre más frecuente (el 62% en promedio informa caminar frecuentemente). Existen diferencias significativas debidas a circunstancias personales; así, informan caminar con mayor frecuencia los sujetos que viven en residencias privadas (con respecto tanto a los sujetos que viven en su domicilio como los que viven en residencias públicas), los más jóvenes respecto de los más viejos, los hombres respecto de las mujeres y los sujetos de más alta posición social respecto de los de más bajo estatus.

Leer, en términos generales, supone una actividad realizada con escasa frecuencia (sólo el 35% informan leer frecuentemente). Se han encontrado diferencias significativas en la actividad de la lectura debidas a nuestras variables relevantes; así, leen más los sujetos que viven en residencias (tanto públicas como privadas) que los que viven en la comunidad, los hombres respecto de las mujeres y los que pertenecen a posiciones más altas respecto de los de posición más baja.

8. Este resultado de ninguna manera puede ser entendido como un «efecto» de la institucionalización; sabemos, de un lado, que la fundamental razón por la que las personas solicitan trasladarse a una residencia es porque no pueden valerse por sí mismas. De otro lado, también sabemos que las residencias públicas tienen unos condicionantes para acceder a ellas. El que las personas que viven en residencias para válidos informen tener más problemas para valerse por sí mismas que las que habitan en su domicilio es una causa de la institucionalización y no, seguramente, un efecto.

Visitar amigos o parientes es también una actividad muy común entre los mayores consultados (el 23% informan realizar visitas con frecuencia y el 41% ocasionalmente). En términos generales, realizan significativamente más visitas los sujetos que habitan en la comunidad respecto de los que lo hacen en residencias, los más jóvenes respecto de los más viejos y los que pertenecen a posiciones más altas respecto de los de posición más baja. No existen diferencias debidas al sexo. Otras actividades inventariadas como el ir a espectáculos, a excursiones o jugar a juegos recreativos se realizan con escasa frecuencia.

Con el fin de obtener una medida de la *satisfacción* que estas actividades producen, hemos obtenido un coeficiente de satisfacción (el resultado de multiplicar la frecuencia de una actividad por la satisfacción que ésta produce para cada sujeto). Existen marcadas diferencias en el coeficiente de satisfacción encontrado. Se muestran más satisfechos los sujetos que viven en la comunidad respecto de los que viven en residencias (tanto públicas como privadas), los más jóvenes respecto de los más viejos, los hombres respecto de las mujeres y los que pertenecen a estatus socioeconómicos más altos respecto de los más bajos. Este índice de satisfacción se corrobora con la pregunta sobre satisfacción general referida a cómo el sujeto emplea su tiempo libre. Hay que resaltar que el 76% de todos los entrevistados contestan estar satisfechos de cómo emplean su tiempo libre. Si embargo, encontramos el mismo perfil diferencial en el sentido que los sujetos que viven en su domicilio y en residencias públicas (con respecto a las privadas) están más satisfechos de cómo emplean su tiempo libre y así también los más jóvenes respecto de los más viejos, los hombres respecto de las mujeres y las personas de posición media-alta y media de las de posición media-baja y baja.

Integración social

Dado que vivir solo o acompañado es un importante indicador de integración, hemos considerado en primer lugar la pregunta sobre con quién se vive. Como es lógico, muy pocos de los sujetos que viven en residencias viven con algún familiar (el 2% en residencias públicas y el 1% en privadas vive con su pareja). Sin embargo, el patrón de familia de los sujetos que viven su propio domicilio y el que lo hace en residencias es completamente distinto. Así, un 20% de los que viven en su propio domicilio viven solos mientras que los restantes o viven con su pareja (40%), o viven con su pareja y con sus hijos (15%), o con sus hijos (15%), o viven con sus hijos y/o nietos (3%) o con otros familiares (5%). El número de hijos tenidos es significativamente diferencial entre las personas que viven en la comunidad y las que habitan en residencias; mientras las primeras se acercan a 3 hijos de media, las personas que viven en residencias informan haber tenido, como media, a un solo hijo/a. Estos datos no difieren en función de la edad ni del sexo, aunque sí lo hacen en función de la posición social; los sujetos de condición social alta y media-alta informan haber tenido significativamente menos hijos que los de posición social media, media-baja y baja.

Por lo que se refiere a la frecuencia de relaciones sociales (promedio 2,5 en una escala de 1 a 4), ésta está asociada a vivir en la comunidad o en una re-

sidencia. Las personas que viven en la comunidad informan mantener significativamente más frecuentes relaciones con familiares, amigos y vecinos que las que viven en residencias. Mientras que la edad parece ser una variable funcionalmente relacionada con relacionarse con los demás (las personas más mayores informan relacionarse con menos frecuencia que las más jóvenes), no se han encontrado diferencias significativas ni debidas al género ni al estatus socioeconómico.

Por lo que se refiere a la satisfacción con las relaciones sociales, ésta se ha medido con dos indicadores: de un lado la satisfacción producida en cada relación interpersonal que se mantiene y, en segundo lugar, un índice producto del número de relaciones sociales mantenidas por la satisfacción que reporta cada una de ellas. Ambos indicadores –satisfacción en las relaciones sociales e índice de satisfacción– difieren, exclusivamente, en función del contexto en el que se habita; así, las personas que viven en la comunidad están más satisfechas que las que lo hacen en una residencia (tanto si ésta es pública como privada).

Hemos examinado las relaciones sexuales como un tipo de relación interpersonal más. Como promedio, uno de cada tres sujetos entrevistados afirman mantener relaciones sexuales. Existen diferencias altamente significativas debidas al contexto; los sujetos que viven en su propio domicilio informan mantener con más frecuencia relaciones sexuales (38%) que los que habitan en residencias públicas (11%) o privadas (3%). Por otra parte, la edad parece ser una condición determinante de las relaciones sexuales, los sujetos más jóvenes (entre 65 y 70 años un 38% informa mantener relaciones sexuales) mantienen con más frecuencia relaciones sexuales que los mayores (por encima de 80 años informan mantener relaciones un 3%). Finalmente, el género parece ser la condición también determinante en la información sobre tener relaciones sexuales ya que mientras el 30% de los hombres informan mantener relaciones sexuales tan solo lo hacen en este sentido el 3% de las mujeres.

Satisfacción con la vida

Dado que la satisfacción con la vida supone una variable personal que parece involucrar la calidad de vida, hemos evaluado esta característica a través de tres indicadores: la satisfacción como rasgo de personalidad, la satisfacción en el momento presente y la satisfacción comparativa asociada a la edad (si se es más o menos feliz que hace cinco años o que dentro de cinco años).

En ninguna de estas tres variables de satisfacción, las personas que habitan en su propio domicilio difieren de las que lo hacen en residencias públicas y privadas. Sin embargo, nuestras tres medidas de satisfacción difieren significativamente en función de la edad, el género y la posición social. Las personas de más edad (respecto de las más jóvenes), las mujeres (respecto de los hombres) y las personas que pertenecen a posiciones sociales media-baja y baja presentan una puntuación significativamente más baja en la satisfacción con la vida, también consideran que a medida que se van teniendo más años, se vive peor.

Servicios sociales y sanitarios

Examinamos los niveles de conocimiento, utilización y satisfacción de 19 servicios sociales y de salud. Dada la complejidad de los datos obtenidos (véase Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996) hemos de resumirlos diciendo que nuestros sujetos han mostrado un muy bajo conocimiento de los servicios existentes. Por lo general las personas que se alojan en residencias públicas están mejor informadas y utilizan en mayor medida los servicios y prestaciones sociales y de salud. Finalmente, las personas que utilizan estos servicios están en una altísima proporción satisfechas de ellos.

Finalmente, un 96% de nuestros entrevistados informan tener Seguridad social y ello no difiere en función del contexto en que se habite, la edad que se tenga, el género al que se pertenezca y la posición social.

Calidad ambiental

Por lo que se refiere a la calidad de la propia vivienda, apartamento o habitación, evaluadas por las propias personas mayores, los habitantes de residencias están más satisfechos que las personas que viven en sus propios domicilios y, dentro de éstos, las personas que habitan en residencias privadas son las que están más satisfechas. Cuando se les pregunta sobre las reparaciones que deben ser realizadas en sus viviendas, apartamentos o habitaciones, las personas que habitan en su propio domicilio son las que informan de un mayor número de reparaciones que deben ser realizadas.

En este mismo sentido, al cuestionar a las personas sobre los alrededores de su domicilio o residencia, aquellas que habitan en residencias informan de alrededores más agradables que las que habitan en su propio domicilio. Comparando las residencias públicas y privadas en una serie de aspectos podemos resumir diciendo que las personas que habitan en residencias privadas están más satisfechas que las que habitan en residencias públicas tanto con las características físicas y arquitectónicas, como con la organización de la residencia, su personal o, incluso, con los otros residentes y la residencia, considerada globalmente.

No se han encontrado diferencias debidas a la edad o al género en estos aspectos ambientales aunque sí existen en relación con la posición social. En general, las personas de posición social más alta informan tener una vivienda, apartamento o residencia de mayor calidad ambiental.

Los resultados sobre calidad ambiental observados por los entrevistadores entrenados para ello arrojan resultados muy semejantes que validan lo hasta aquí dicho. Así, las residencias (tanto públicas como privadas) cuentan con un menor nivel de ruido, mejor iluminación, mayor orden y limpieza, mejor estado del mobiliario, mejores alrededores, más atractivo terreno y edificación que los domicilios particulares. Contrariamente a lo que sería de esperar, no se aprecian diferencias significativas debidas a la posición social en la calidad ambiental según ésta ha sido valorada por nuestros entrevistadores entrenados. Aunque los resultados van en el sentido esperado, tan solo se han encontrado diferencias significativas por lo que se refiere al estado del mobiliario.

Condiciones económicas

La pensión promedio informada por nuestra muestra se sitúa entre 45.000 y 75.000 ptas. al mes y difiere según el contexto (los sujetos que viven en su propio domicilio tienen una pensión más alta que los que habitan en residencias), la edad (los sujetos mayores informan tener una mayor pensión o renta que los más jóvenes), el género (los hombres informan de una más alta pensión que las mujeres) y la posición social (las personas que pertenecen a clase social más alta informan tener una más alta pensión o renta que los que pertenecen a estatus socioeconómicos más bajos).

Condiciones educativas y culturales

Las condiciones educativas se han extraído del nivel de estudios de los sujetos entrevistados, y las culturales de las actividades que informan desarrollar los sujetos entrevistados. Así, en términos generales puede decirse que las personas que viven en la comunidad tienen en mayor proporción estudios primarios mientras que las que viven en residencias privadas tienen en mayor proporción estudios de bachillerato y universitarios. Las que viven en residencias públicas tienen menor nivel educativo que las que habitan en la comunidad o en residencias privadas. Por el contrario, las personas que habitan en residencias públicas parecen realizar un mayor número de actividades culturales que las que habitan en residencias privadas o en la comunidad.

Conclusiones

Las personas que habitan en su propio domicilio no difieren de las que habitan en residencias públicas y privadas en la mayor parte de los indicadores de salud. Sin embargo, existen marcadas diferencias en salud referidas a la edad, el género y la posición social.

Por lo que se refiere a las habilidades funcionales, las personas que habitan en la comunidad, los más jóvenes, los hombres y las personas que pertenecen a posición social media, media/alta y alta informan tener mejores habilidades funcionales tanto en su apreciación subjetiva como según el número de dificultades al realizar actividades de la vida diaria.

Las personas que habitan en residencias públicas informan realizar un mayor número de actividades de ocio y tiempo libre y estar más satisfechos con esas actividades que las que habitan en la comunidad y en residencias privadas. Así mismo, los mayores más viejos, respecto de los más jóvenes, las mujeres, respecto de los hombres y los sujetos que pertenecen a estatus socioeconómico más bajo, respecto de los más altos, informan realizar un menor número de actividades de tiempo libre así como estar menos satisfechos de las actividades que realizan.

Las personas que viven en su propio domicilio presentan, indudablemente, una mayor integración social, tanto por lo que se refiere a la red de apoyo

social con la que cuentan como a la satisfacción que les reportan las relaciones sociales. Mientras existen diferencias en la frecuencia de relaciones interpersonales debidas a la edad, no se han apreciado en ninguno de nuestros indicadores diferencias significativas atribuibles al género o la posición social.

Parece existir un gran desconocimiento sobre servicios sociales y sanitarios, sin embargo, aquellas personas que conocen y utilizan estos servicios informan estar, en su inmensa mayoría, satisfechas con las prestaciones que reciben. Por otra parte, se ha podido precisar que las personas que viven en residencias privadas están más satisfechas que las que habitan en residencias públicas.

La calidad ambiental (tanto la del propio domicilio como la del entorno) parece ser mejor en el apartamento/habitación de los residentes en Instituciones (tanto públicas como privadas) que las de aquellos que viven en su propio domicilio y ello evaluado tanto por el habitante del contexto como por observadores entrenados.

Por lo que se refiere a las condiciones económicas y educativas, las personas que habitan en la comunidad informan recibir una más alta pensión o renta que las que habitan en residencias de ancianos. Por otra parte, las personas que viven en residencias privadas informan tener una más alta educación y, finalmente, las personas que residen en instituciones públicas realizan un mayor número de actividades culturales. En términos generales, la edad, el género y la posición social influye en la pensión o renta que se recibe, en la educación que se ha recibido y en las actividades culturales que se realizan.

En resumen, un concepto multidimensional de calidad de vida exige un diagnóstico matizado sobre la calidad de vida que puede predecirse en distintos contextos. Así, por ejemplo, la integración social es un ingrediente de la calidad de vida priorizado en la comunidad mientras que la calidad ambiental es una condición priorizada en las residencias de ancianos. Si extraemos un índice combinado de todos los ingredientes en su vertiente subjetiva (teniendo en cuenta los factores eminentemente percibidos) las personas que habitan en su propio domicilio diferirían significativamente de las que habitan en residencias. Sin embargo, si de este indicador eliminásemos la satisfacción personal con las relaciones interpersonales, estas diferencias desaparecerían. En otras palabras, los tres contextos examinados difieren, esencialmente por lo que se refiere a la satisfacción que los individuos tienen de sus relaciones interpersonales. No sucede así con otras variables relevantes como la edad, el género y la posición social en su influencia con aquellos ingredientes que han sido considerados como constituyentes de la calidad de vida; las personas mayores respecto de las más jóvenes, los hombres con respecto a las mujeres y las personas que pertenecen a posición social alta, media-alta y media en relación a la baja y medio-baja presentan, en términos generales, una mayor calidad de vida.

REFERENCIAS

- Browne, J.P., O'Boyle, C.A.; Mc Gee, H.M., Joyce, C.R.B., McDonald, N.J., O'Malley, K. & Hiltbrunner, B. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research*, 3, 235-244.

- Campbell, A. (1981). *The sense of Well-being in America*. New York: McGraw Hill.
- Fernández-Ballesteros, R. (1993). The construct of Quality of Life among the Elderly. In E. Beregi, I.A. Gergely & K. Rajzi (Eds.), *Recent advances in Aging and Science* (pp 1927-1930). Milan: Mondussi Ed.
- Fernández-Ballesteros, R. (en prensa). Quality of Life: Concept and Assessment. In J. Adair, D. Belanger & K. Dion (Eds.), *Proceeding of the 26th International Congress of Psychology. Vol 2: Development, Personal and Social Aspects*. Sussex, UK: Psychology.
- Fernández-Ballesteros, R. y Macià, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención social, Vol II, 5*, 77-94
- Fernández-Ballesteros, R. y Macià, A. (1996). Informes de allegados sobre los mayores y de éstos sobre si mismos. *Revista de Gerontología, 6*, 20-30.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D. y Macià, A. (1996). *Calidad de vida en distintos contextos en la vejez*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).
- INSERSO (1989). *Bases para una Planificación de Centros Residenciales para la Tercera Edad*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales
- Lawton, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology, 30*, 85-89
- Lawton, M.P. (1991). A multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. In J.E. Birren *et al.* (Eds.), *The concept and measurement of Quality of Life in the Frail Elderly* (pp 3-27). San Diego: Academic Press.
- Sampson, E.E. (1981). Cognitive Psychology as ideology. *American Psychologists, 36*, 730-743.
- Tolman, E.C. (1941). Psychological Man. *Journal of Social Psychology, 13*, 205-218.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in the elderly patient. *Journal of American Geriatrics Society, 23*, 47-52.
- WHOQOL (1993). Study for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research, 2*, 153-159.