

Carlos Freire Rodríguez
María del Mar Ferradás Canedo

Calidad de vida y bienestar en la vejez



PIRÁMIDE

Carlos Freire Rodríguez
María del Mar Ferradás Canedo

Calidad de vida y bienestar en la vejez

EDICIONES PIRÁMIDE

Índice

Prólogo

1. Aproximación a los conceptos de calidad de vida y bienestar

1.1. Introducción

1.2. Calidad de vida

1.2.1. Delimitación conceptual de la calidad de vida

1.2.2. Dimensiones de la calidad de vida

1.3. Bienestar

1.3.1. Bienestar subjetivo

1.3.2. Bienestar psicológico

2. El bienestar psicológico en la vejez: la promoción del envejecimiento exitoso

2.1. Introducción

2.2. El afrontamiento de sucesos críticos en la vejez

2.2.1. Clasificación del afrontamiento. las estrategias de afrontamiento

2.2.2. Estrategias de afrontamiento en las personas mayores

2.3. Envejecimiento exitoso

2.3.1. El modelo de optimización selectiva con compensación

2.4. Autorregulación y envejecimiento exitoso

2.4.1. Autorregulación emocional y bienestar psicológico en la vejez

3. Autoaceptación, autonomía y dominio del entorno en la vejez

3.1. La dimensión de autoaceptación

3.1.1. Autoconcepto y autoestima

3.2. La autoaceptación en las personas mayores

3.3. La dimensión de autonomía

3.4. La autonomía en las personas mayores

3.5. La dimensión de dominio del entorno

3.6. El dominio del entorno en las personas mayores

4. Relaciones positivas y propósitos vitales en las personas mayores

4.1. La dimensión de relaciones positivas con otras personas

4.1.1. Formas de relación social: las redes sociales

4.1.2. El apoyo social

4.1.3. El sentimiento de soledad

4.2. Las relaciones sociales en la vejez

4.2.1. La red social de las personas mayores

4.3. La dimensión de propósito en la vida

4.3.1. Factores que favorecen el desarrollo del propósito en la vida

4.4. El propósito en la vida en la vejez

4.4.1. Las metas personales en las personas mayores

4.4.2. La asignación de un propósito a la propia vida

5. La vejez como período de crecimiento personal

5.1. La dimensión de crecimiento personal

5.2. El significado de la jubilación para las personas mayores

5.3. La adaptación exitosa a la jubilación

5.3.1. El ocio y el tiempo libre como oportunidades para el crecimiento personal

5.3.2. La participación social de las personas mayores

5.4. La sexualidad en la vejez

6. El bienestar psicológico de los cuidadores informales de personas mayores

6.1. Introducción

6.2. Caracterización del cuidador informal de personas mayores dependientes

6.3. Repercusiones del cuidado: consecuencias físicas, emocionales y sociales

6.4. El cuidado como situación de estrés crónico

6.4.1. Antecedentes y variables contextuales del cuidador

6.4.2. Estresores del cuidado

6.4.3. Variables mediadoras en el proceso de estrés

6.5. El bienestar del cuidador informal tras la institucionalización

6.6. Intervenciones para la mejora del bienestar del cuidador

Referencias bibliográficas

Créditos

PRÓLOGO

Cultivo rosas. Paso mucho tiempo quitando maleza y escardando. Los hierbajos se interponen en el camino de las rosas; los hierbajos son una condición incapacitante. Pero si uno quiere tener rosas, no basta con quitar hierbajos y escardar. Hay que preparar el terreno con musgo de pantano, plantar un buen rosal, regarlo y darle nutrientes. [...] Hay que preparar las condiciones propicias para crecer (Seligman, 2011, p. 72).

Históricamente, la vejez ha constituido una etapa del ciclo vital subsidiaria y de escaso interés psicosocial. En las últimas décadas, sin embargo, los avances en materia sociosanitaria han posibilitado en los países desarrollados un notable incremento de la esperanza de vida. Este afán por preservar la salud de nuestros mayores ha venido acompañado de un creciente interés por tratar de superar la conceptualización del envejecimiento como un proceso eminentemente involutivo y decadente para comenzar a ser considerado un período de grandes oportunidades para el crecimiento personal. En consonancia con esta perspectiva optimizadora de la vejez, la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores constituyen un campo de acción que ha adquirido una notable relevancia teórica y aplicada.

Calidad de vida y bienestar en la vejez es una obra que pretende aportar algunas claves para promover el envejecimiento satisfactorio, analizando los recursos personales que resultan fundamentales para que las personas mayores consigan una óptima adaptación a esta etapa. Por su enfoque eminentemente psicopedagógico, se trata de un libro que encaja en los planes de estudio de diversos grados y posgrados universitarios, especialmente en aquellos más afines a los ámbitos de la psicología y de la educación. Pero la accesibilidad y trascendencia social de sus contenidos lo hacen también atractivo para todas aquellas personas interesadas en esta etapa del ciclo vital, tanto desde un punto de vista personal (personas mayores, cuidadores familiares, etc.) como profesional (médicos, terapeutas ocupacionales, educadores y trabajadores sociales, etc.).

El libro se estructura en seis capítulos. En cada uno de ellos se plantean unos objetivos a alcanzar y se realiza una presentación que sirve de iniciación al tema objeto de estudio. A continuación se aborda el tema y se concluye el capítulo con una serie de actividades de autoevaluación de los aprendizajes adquiridos.

El primer capítulo constituye un referente conceptual necesario para adentrarse en el estudio de los factores que favorecen la calidad de vida y el bienestar de los mayores. Si bien estos términos son utilizados con frecuencia en la vida cotidiana, su

concreción conceptual resulta un tanto compleja. En este capítulo se pretende precisar a qué nos referimos cuando hablamos de calidad de vida y bienestar y qué semejanzas y diferencias existen entre estos dos términos. El segundo capítulo aborda este nuevo paradigma del envejecimiento, el cual, sin desdeñar las pérdidas o disminuciones que se puedan producir en esta etapa, pone el foco de atención sobre las ganancias y perfecciones que pueden experimentar las personas mayores. A lo largo del capítulo se analiza la importancia de los recursos personales internos de los mayores como clave para afrontar satisfactoriamente los cambios que son normativos en esta etapa.

Estos recursos internos son objeto de un análisis más pormenorizado en los siguientes tres capítulos. De esta manera, en el capítulo 3 se analiza la importancia de la autoaceptación, la autonomía y el dominio del entorno como dimensiones de indudable valía para el bienestar psicológico del mayor. Desde esta consideración, se sugieren algunas claves para promover una óptima gestión de estos importantes recursos individuales. Asimismo, el bienestar de nuestros mayores requiere la existencia de vínculos íntimos y de confianza con otras personas significativas, así como el desarrollo de objetivos y proyectos personales que permitan dotar de propósito a sus vidas. Estos aspectos son objeto de análisis en el capítulo 4.

La consideración de la vejez como un período del ciclo vital con entidad propia ha favorecido el interés por estimular la participación e implicación activa y significativa de los mayores en la vida de la comunidad. En consonancia con este planteamiento, la jubilación puede constituir una excelente oportunidad para que los mayores encuentren nuevas vías para su desarrollo y autorrealización. El capítulo 5 aborda específicamente el fenómeno de la jubilación, aportando algunas consideraciones sobre su configuración como un período propicio para el crecimiento personal de las personas mayores.

Si bien las personas mayores son los «actores principales» de esta obra, se ha considerado oportuno cerrar el libro con un capítulo dirigido a la figura del cuidador informal. Aunque los avances sociosanitarios están haciendo posible que cada vez vivamos más y mejor, es preciso señalar que el incremento de la expectativa de vida también presenta algunas contrapartidas, y una de ellas es la dependencia, fenómeno que acrecienta su incidencia con la edad. Las personas mayores en situación de dependencia también pueden gozar de altos niveles de calidad de vida y de bienestar, y a ello contribuye decididamente el cuidador familiar. Sin embargo, las demandas que implica la provisión de este tipo de cuidados pueden llegar a ser muy elevadas. Tanto es así que las situaciones de cuidado han llegado a ser consideradas prototípicas de estrés crónico para las personas que asumen esta tarea, de tal modo que pueden acarrear importantes consecuencias negativas para su bienestar. En este capítulo se analizan los factores contextuales y personales que inciden en el bienestar del cuidador y se señalan algunas medidas tendentes a favorecer su funcionamiento psicológico.

En definitiva, el presente trabajo pretende proporcionar una visión proactiva del proceso de envejecimiento, abordando el estudio de los factores y recursos personales que contribuyen significativamente a promover la calidad de vida y el bienestar de las

personas mayores.

1. APROXIMACIÓN A LOS CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR

Objetivos

- ⇒ Diferenciar los conceptos de calidad de vida y bienestar.
- ⇒ Conocer las dimensiones determinantes de la calidad de vida de las personas.
- ⇒ Comprender las principales características definitorias del bienestar subjetivo y del bienestar psicológico.
- ⇒ Analizar las principales variables que influyen en el bienestar subjetivo y psicológico de las personas.

Presentación del capítulo

Este primer capítulo constituye un referente conceptual imprescindible para iniciarse en el estudio de la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores. Si bien estos conceptos suelen ser utilizados con frecuencia en la vida cotidiana, su acotación terminológica resulta compleja y no pocas veces ambigua. A lo largo del capítulo se realiza un análisis de los principales rasgos definitorios, similitudes y diferencias de los conceptos de calidad de vida y bienestar. Respecto de este último, se profundiza en el estudio de las dos líneas de investigación existentes en el campo: el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico. Con ello se estará en disposición de adentrarse en el análisis de las variables clave para la promoción de un óptimo funcionamiento psicológico en la vejez.

1.1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, las sociedades occidentales están experimentando un notable envejecimiento demográfico. Los datos aportados por Naciones Unidas informan de que en 1950 existían alrededor de 200 millones de personas de 60 o más años de edad en todo el mundo. En el año 2000 esa cifra se triplicó (600 millones), y las previsiones apuntan a que el fenómeno del envejecimiento poblacional continuará incrementándose de forma notable, con cifras que se situarán en torno a los 1.100 millones de personas mayores en 2025 y los 2.000 millones en 2050.

En España, según datos del INE, el número de personas mayores de 65 años

muestra un notable incremento en las últimas cuatro décadas, pues ha pasado de 3,3 millones en 1970 (lo que representaba un 9,7 por 100 de la población de aquel año) a más de 8,6 millones en 2015 (un 18,6 por 100 de la población). Estas cifras no son sino un mero reflejo de que los avances en materia socio-sanitaria están posibilitando que las personas vivan durante más tiempo y con una mayor calidad de vida. En efecto, en las sociedades desarrolladas la expectativa de vida a partir de los 65 años es progresivamente más elevada, y se sitúa en torno a los 15 años, para los hombres, y en 20, para las mujeres. Consecuentemente, la vejez ha dejado de ser considerada una etapa de declive para comenzar a ser concebida como una etapa más del ciclo vital del individuo y, como tal, caracterizada por una marcada variabilidad intra e interindividual en cuanto a funcionamiento fisiológico, psicológico y social.

En consonancia con esta perspectiva optimizadora de la vejez, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores constituyen un campo de acción que ha adquirido una enorme relevancia. En este sentido, existe un creciente interés por tratar de determinar qué factores y procesos contribuyen a que las personas de avanzada edad continúen gozando de elevados niveles de bienestar y de calidad de vida.

A pesar de ello, y con toda probabilidad motivado por su todavía escasa tradición investigadora, términos como «calidad de vida», «satisfacción con la vida», «felicidad», «bienestar subjetivo» o «bienestar psicológico» carecen en la actualidad de las suficientes precisión y delimitación conceptuales y no pocas veces, aun en contextos científicos, son empleados como sinónimos. El propósito del presente capítulo se centra, pues, en tratar de definir y clarificar conceptualmente dos constructos habitualmente solapados entre sí como son los de calidad de vida y bienestar, aspectos esenciales para la consecución de un envejecimiento saludable.

1.2. CALIDAD DE VIDA

El interés por la calidad de vida es algo tan antiguo como la propia humanidad. Ya en la antigua Grecia Aristóteles afirmaba que el logro de la felicidad constituye el mayor desafío para los seres humanos. Sin embargo, la aparición como tal del concepto *calidad de vida*, y la preocupación por su evaluación sistemática y científica, son relativamente recientes. Su estudio riguroso comienza a popularizarse en la década de los sesenta del siglo xx, hasta adquirir en la actualidad una notable repercusión teórica y aplicada en ámbitos tan diversos como la salud, la educación, la economía, la política o el mundo de los servicios en general.

En el mundo contemporáneo, en el que los continuos cambios políticos, económicos, culturales o tecnológicos se suceden a gran velocidad, la investigación sobre calidad de vida se erige en un referente organizativo básico y fundamental a la hora de contribuir al progreso y desarrollo sociales. En efecto, uno de los objetivos más importantes de las políticas sociales y sanitarias de la mayoría de los países se encamina a lograr que las personas puedan vivir más y mejor, retrasando en la

medida de lo posible la aparición de problemas de salud, ya sean de índole física o mental. La promoción de un envejecimiento saludable se erige, así pues, en un objetivo ineludible en las sociedades avanzadas del siglo XXI.

Conviene precisar que el aumento de la esperanza de vida no constituye por sí mismo una garantía de mayor calidad de vida, pues ésta no depende exclusivamente de que se posea un buen estado de salud física. Tanto o más importante es disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social (Castellón y Romero, 2004). En este sentido, variables como la satisfacción, la felicidad, la autoestima o disponer de unas adecuadas relaciones sociales cobran tanta trascendencia a la hora de determinar el nivel de calidad de vida del individuo como disfrutar de un óptimo estado de salud física (Real, 2008).

Pese a la relevancia que ha adquirido, y quizá fruto de su escasa tradición investigadora, existe una notoria carencia de precisión en la delimitación conceptual de la calidad de vida. Sirva como dato el hecho de que existen más de cien definiciones de este término (Schalock y Verdugo, 2003). De acuerdo con Yanguas (2006), las principales discordancias conceptuales entre los investigadores se centran en dos aspectos:

- a) El carácter objetivo o subjetivo de la calidad de vida. Mientras algunos autores postulan que la calidad de vida se refiere exclusivamente a una percepción subjetiva del individuo sobre ciertas condiciones vitales (p. ej., relaciones sociales, trabajo, etc.), otros, sin embargo, consideran que un concepto de calidad de vida basado en la mera percepción del individuo constituye una visión excesivamente reduccionista. Por tanto, dicho concepto debe abarcar tanto aspectos subjetivos (relacionados con la evaluación del sujeto o con la apreciación de diferentes condiciones de vida) como objetivos (las mismas condiciones percibidas por el individuo pero, en este caso, evaluadas independientemente).
- b) La consideración de la calidad de vida como constructo ideográfico o nomotético. Existe controversia en cuanto a si la calidad de vida alude a un concepto ideográfico (es el propio individuo quien establece cuáles son los componentes que determinan la calidad de su vida) o, por el contrario, se trata de un atributo nomotético (la calidad de vida se fundamenta en una serie de parámetros y componentes aplicables a todos los individuos).

En consonancia con esta escasa claridad conceptual, no existe una definición universalmente aceptada de calidad de vida, lo que refleja los numerosos problemas técnicos y filosóficos que subyacen a la hora de definirla y caracterizarla. Con todo, parece fundamental, de cara a abordar esta cuestión, tener una referencia básica sobre su soporte conceptual.

1.2.1. Delimitación conceptual de la calidad de vida

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus expectativas, sus normas o sus inquietudes. Se trata, por tanto, de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su vinculación con los elementos esenciales de su entorno. En una línea similar, Yanguas (2006) la define como la percepción global de satisfacción de un individuo con respecto a una serie de dimensiones clave, tanto externas (entre otras, la economía, la educación, el sistema político y el sistema de salud) como internas, que pueden afectar a su estado de salud y a su bienestar.

Sea como fuere, más allá de la pluralidad y diversidad de definiciones y matizaciones terminológicas, en la actualidad existe acuerdo a la hora de considerar la calidad de vida un constructo multidimensional, configurado tanto por dimensiones objetivas como subjetivas. Es, por tanto, una función del entorno material y del entorno psicosocial en el que viven las personas. O, en otras palabras, de las circunstancias materiales de vida, así como de las condiciones percibidas y relacionales (figura 1.1).

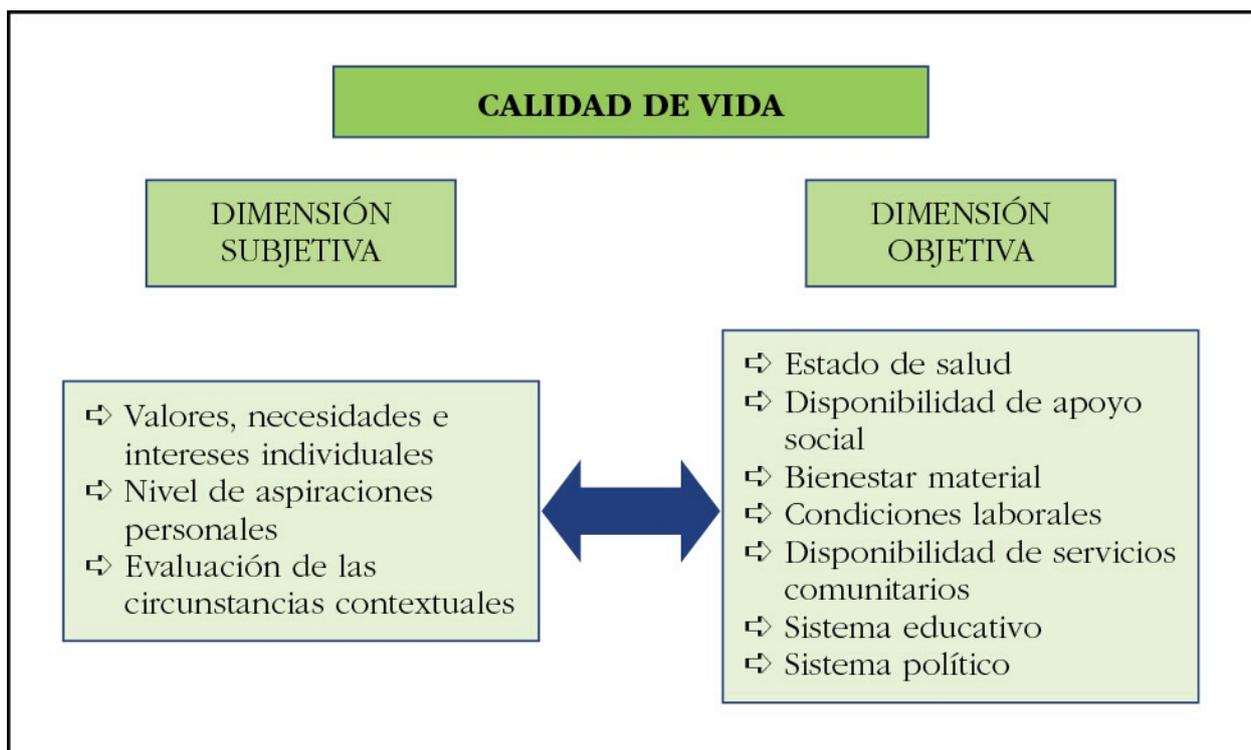


Figura 1.1. Componentes esenciales de la calidad de vida.

1.2.2. Dimensiones de la calidad de vida

Sobre la base de esta concepción multidimensional, se han propuesto diversos modelos globales explicativos de la calidad de vida. Así, Lawton (2001) desarrolla un modelo ecológico integrado por cuatro categorías determinantes de la calidad de vida

que, a su vez, engloban muchos otros dominios más específicos:

1. *Calidad de vida física*: categoría más directamente ligada a lo biológico, en tanto que viene determinada por los estados de salud, la presencia de dolor, síntomas o limitaciones funcionales y/o cognitivas.
2. *Calidad de vida social*: dimensión que incluye una serie de indicadores relativamente objetivos vinculados a las relaciones del individuo con el mundo exterior. Entre estos indicadores se encontrarían el tamaño de la red social, la frecuencia de contactos o el grado de participación del individuo en actividades.
3. *Calidad de vida percibida*: representa la versión subjetiva de la calidad de vida social, en la que el individuo valora, entre otros aspectos, la calidad de sus relaciones familiares, de sus amistades, la calidad de su tiempo o la seguridad económica.
4. *Calidad de vida psicológica*: categoría integrada por los afectos, los estados de ánimo, las necesidades personales y los puntos de vista (perspectivas). Todos ellos tienen un efecto más generalizado sobre la calidad de vida global. Dentro de esta dimensión se incluyen variables motivacionales como el control primario y secundario (Schulz y Heckhausen, 1996). También el sentido de coherencia y la autoestima se consideran integrantes relevantes de esta calidad de vida. Por el contrario, la necesidad de cuidados o la dependencia minarían significativamente la calidad de vida.

Schalock y Verdugo (2003) también adoptan un enfoque ecológico de calidad de vida, señalando la existencia de tres niveles que afectarían a la calidad de vida de las personas:

- ⇒ El *microsistema* o contexto social inmediato, como la familia, el hogar, el grupo de iguales y el lugar de trabajo. Este nivel repercute directamente en la vida del individuo.
- ⇒ El *mesosistema* o vecindario, comunidad, agencias de servicio y organizaciones, que afectan directamente al funcionamiento del microsistema y, por consiguiente, indirectamente al individuo.
- ⇒ El *macrosistema* o los patrones culturales más amplios, tendencias sociopolíticas, sistemas económicos y otros factores relacionados con la sociedad en la que vive el individuo y que determina nuestros valores y creencias.

Estos autores apuestan por una conceptualización de la calidad de vida eminentemente subjetiva, contextual y multidimensional:

Subjetiva en tanto que existen diferencias tanto inter como intraindividuales a la hora de experimentarla. Ello parece indicar no sólo que el concepto de calidad de vida es diferente en cada persona sino que incluso en un mismo individuo va variando con el devenir del ciclo vital.

En segundo lugar, la calidad de vida es un constructo *contextual*, puesto que, tal y como indicábamos en los párrafos precedentes, se ve influenciada por los factores ambientales (i.e., micro, meso y macrosistema) que enmarcan la vida del individuo. Su familia, sus amistades, el trabajo, el vecindario, la ciudad en la que vive, la educación que ha recibido, el sistema político, etc., son factores que van a favorecer o, por el contrario, a dificultar que el individuo satisfaga sus necesidades, pueda llevar a cabo elecciones de carácter personal en función de sus intereses y mejore en las áreas vitales más importantes, que, en definitiva, constituyen dimensiones esenciales de la calidad de vida. A su vez, las necesidades e intereses de un individuo estarán determinados, en parte, por el contexto en el que crece y se desarrolla.

Finalmente, la calidad de vida es *multidimensional*, en tanto en cuanto se propone un modelo de calidad de vida integrado por ocho dimensiones: bienestar físico, bienestar material, derechos, desarrollo personal, autodeterminación, relaciones interpersonales, inclusión social y bienestar emocional.

Algunas de estas dimensiones vinculan la calidad de vida al crecimiento personal y al desarrollo de oportunidades, aspectos que, como se verá más adelante, aluden al bienestar psicológico. En consecuencia, la conceptualización de calidad de vida propuesta por Schalock y Verdugo pone de manifiesto el importante rol que desempeña el bienestar psicológico en la calidad de vida que experimenta el individuo. Autores como Lawton (1983) también han enfatizado las implicaciones psicosociales del constructo, destacando todo aquello que en la persona se puede definir como metas personales y sociales legítimas. La calidad de vida, desde este planteamiento, se vincularía a la noción de propósitos vitales, la cual, como se verá a continuación, constituye un componente esencial del bienestar psicológico humano.

1.3. BIENESTAR

Existe un amplio consenso a la hora de considerar que el bienestar es, cuando menos, el componente más destacable de la calidad de vida. Para Diener, Diener y Diener (1995), el bienestar subjetivo sería uno de los índices más claros del constructo multidimensional de calidad de vida. Incluiría los conceptos de felicidad, paz, plenitud y satisfacción con la vida (Vega, Mayoral, Buz y Bueno, 2004). Casas y Aymerich (2005), por su parte, sugieren que el concepto de calidad de vida engloba el de bienestar psicológico.

Si bien, a tenor de estas consideraciones, parece fuera de toda duda que el bienestar constituye una dimensión esencial y determinante de la calidad de vida, el estudio de este constructo se encuentra en una situación similar a la de la propia calidad de vida, caracterizándose por la falta de acuerdo en torno a su conceptualización y medición.

Los estudios sobre este tópico se han organizado en torno a dos grandes tradiciones de investigación (Ryan y Deci, 2001): una relacionada fundamentalmente con la felicidad (bienestar hedónico) y otra ligada al desarrollo del potencial humano

(bienestar eudaimónico). Por extensión de esta clasificación, Keyes, Ryff y Shmotkin (2002) han identificado el bienestar subjetivo como principal representante de la tradición hedónica y el bienestar psicológico, de la tradición eudaimónica.

Ambos enfoques del bienestar, hedónico y eudaimónico, difieren no sólo desde el punto de vista conceptual, sino también empírico¹. Desde un prisma meramente teórico, la *eudaimonia*² ha sido conceptualizada como una condición suficiente pero no necesaria para experimentar el bienestar hedónico (Telfer, 1980), en la medida en que existiría una gran cantidad de aspiraciones (materiales, fundamentalmente) que la persona puede tener, pero que no guardan ningún tipo de relación con el desarrollo del potencial individual. Por el contrario, una elevada cantidad de actividades que contribuyen a la autorrealización favorecería también la experimentación de placer y disfrute. Waterman (Waterman, 1993; Waterman, Schwartz y Conti, 2008) ha corroborado empíricamente esta relación asimétrica entre bienestar psicológico y bienestar subjetivo.

1.3.1. Bienestar subjetivo

Auspiciado por la idea de placer (*hedoné*) como fin supremo de la humanidad, el estudio del *bienestar subjetivo* se interesa por cómo y por qué las personas experimentan su vida de forma positiva, incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas (Diener, 1994). Se inscribe, por tanto, dentro de una dimensión cognitivo-emocional que ha tenido diferentes denominaciones: felicidad, disfrute o ausencia de displacer. Habitualmente se ha caracterizado en términos de satisfacción con la vida (Cabañero et al., 2004; Veenhoven, 1994) o en términos de felicidad, entendido como balance global de los afectos positivos y negativos que han marcado nuestra vida (Argyle, 1992).

Haciendo un breve recorrido histórico por la tradición hedónica, el bienestar subjetivo fue considerado inicialmente un indicador de la calidad de vida determinado por la interrelación entre características del ambiente y grado de satisfacción mostrado por el individuo (Díaz et al., 2006).

Desde este planteamiento, el bienestar subjetivo enfatiza la naturaleza vivencial y experiencial del propio bienestar. Las condiciones objetivas en las que transcurre la vida del individuo, tales como la disponibilidad de empleo y las características de éste, las condiciones de vivienda, los recursos sanitarios en el entorno, la existencia de centros culturales y deportivos, el nivel económico tanto a nivel micro como macro, etc., aportarían elementos relevantes, aunque insuficientes por sí mismos, para el bienestar del individuo. De este modo, el bienestar subjetivo sería el estado psicológico resultante de la interacción entre el individuo —personalidad— y su entorno microsociedad —estado civil, familia, participación social, satisfacción laboral, apoyo social— y macrosociedad —ingresos, cultura— (Moyano y Ramos, 2007).

En un intento por delimitar los principales factores determinantes del bienestar subjetivo, Van Hoorn (2007) establece una clasificación integrada por los siguientes seis grupos de factores:

1. Rasgos de personalidad. Los rasgos de personalidad constituyen el factor más influyente y con mayor poder de predicción a la hora de establecer diferencias interindividuales en el bienestar subjetivo. En concreto, la extraversión presenta una elevada correlación positiva con el bienestar subjetivo, mientras que el neuroticismo correlaciona negativamente.
2. Factores contextuales y situacionales. Disponer de un óptimo estado de salud se encuentra asociado a altos niveles de bienestar subjetivo. Asimismo, las personas casadas suelen experimentar un mayor bienestar que otro tipo de personas, como las solteras, divorciadas, etc.
3. Factores demográficos, en particular el sexo y la edad. De acuerdo con Van Hoorn, en general las mujeres presentan mayores niveles de bienestar subjetivo que los hombres, mientras que dicho bienestar es elevado en los jóvenes, decrece posteriormente y vuelve a aumentar en la vejez.
4. Factores institucionales. En general, en los estados democráticos y, dentro de ellos, en los que existe un sólido bienestar social, el bienestar subjetivo suele ser más elevado.
5. Factores ambientales. El clima influye en el bienestar subjetivo, si bien los estudios existentes al respecto son un tanto contradictorios. Así, por ejemplo, mientras que algunos trabajos han evidenciado que las altas temperaturas aumentan el bienestar durante los meses más fríos del año y lo disminuyen en los meses más calurosos, y que el calentamiento global del planeta influye negativamente en el bienestar subjetivo (Rehdanz y Maddison, 2003), otras investigaciones señalan que dicho calentamiento podría incrementar el nivel de bienestar (Bechetti, Castriota y Londoño, 2007).
6. Factores económicos. Variables como el desempleo, la inflación o el subdesarrollo económico de un país pueden repercutir negativamente en el bienestar subjetivo, tanto de forma individual como respecto a la población en conjunto. No obstante, en lo que concierne a la felicidad, conviene tener presente, como subrayan Moyano y Ramos (2007), que dicho factor se halla presente en las poblaciones de todos los países, con independencia de su nivel de desarrollo. De este modo, podríamos encontrar personas felices (con alto grado de afecto positivo) tanto en los países más ricos como en los países más subdesarrollados.

A tenor de todas estas consideraciones, el bienestar subjetivo que experimenta el individuo vendría determinado tanto por factores que afectan estrictamente a la vida de un individuo en particular (estado de salud, relaciones familiares y sociales, etc.) como por otros factores contextuales que influyen sobre el conjunto de la población (factores sociales, económicos, políticos, etcétera). No obstante, parece que son los ámbitos de funcionamiento más próximos e inmediatos a la vida del individuo los que ejercerían una mayor influencia sobre su bienestar subjetivo (Moyano y Ramos, 2007).

Posteriormente, el bienestar subjetivo fue equiparado al concepto de satisfacción

vital, al ser concebido como un juicio global que las personas hacen de su vida (Blanco y Díaz, 2005; Cabañero et al., 2004), así como al concepto de felicidad, definiéndolo como un balance global resultado de los afectos positivos y negativos experimentados por el individuo en su vida (Blanco y Díaz, 2005; Díaz et al., 2006).

1.3.1.1. Componentes del bienestar subjetivo

Integrando ambas perspectivas, Diener (p. ej., Diener, Suh y Oishi, 1998) plantea un modelo de bienestar subjetivo conformado por tres componentes o dimensiones (figura 1.2): la satisfacción con la vida en general y con diversos dominios o facetas valoradas por el individuo, así como la clara y notoria preponderancia de afectos o emociones positivas sobre las negativas. Esta estructura tridimensional ha sido corroborada por numerosos estudios (Delle Fave, Massimini y Bassi, 2011; Fowers, Molica y Procacci, 2010; Lucas, Diener y Suh, 1996; Ryan, Huta y Deci, 2008) y en la actualidad es la que mayor aceptación obtiene.

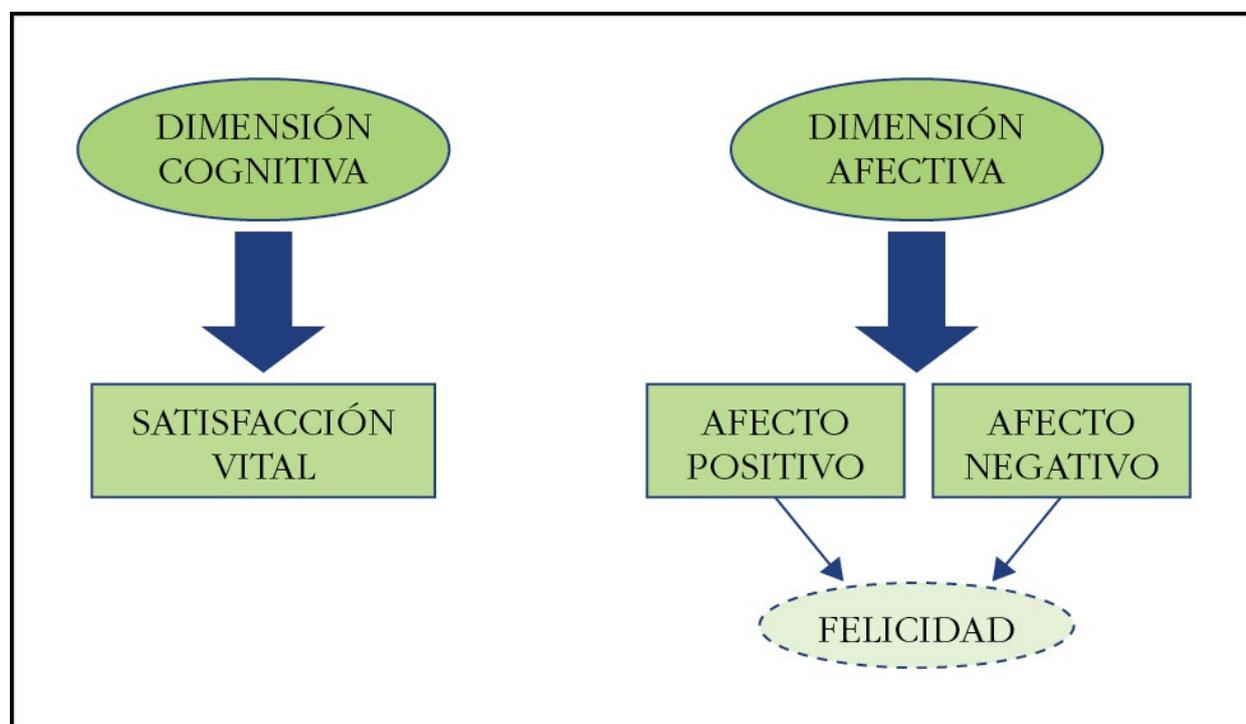


Figura 1.2. Dimensiones del bienestar subjetivo.

➤ Dimensión cognitiva

La satisfacción con la vida alude a una dimensión cognitiva: un juicio evaluativo sobre la propia vida. Se trata, por tanto, de una medida a largo plazo (Molina, Meléndez y Navarro, 2008), puesto que el individuo realiza una valoración de su trayectoria vital para emitir un juicio acerca de su grado de satisfacción con ella, es decir, analiza aspectos concretos de su vida, pone en una balanza lo positivo frente a lo negativo y, finalmente, concluye un juicio de satisfacción general (Lucas et al.,

1996).

La satisfacción vital, en definitiva, constituye la valoración positiva que el individuo realiza en relación con su propia vida en general o con ámbitos particulares de ésta, tales como la familia, el trabajo, la salud o las amistades (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999), comparando lo que ha conseguido (sus logros) con lo que esperaba obtener, esto es, sus expectativas (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Representa, por tanto, un juicio cognitivo y valorativo resultado de la discrepancia percibida entre las expectativas y aspiraciones (proyección de futuro) y los logros (valoración del presente) en las áreas más importantes en la vida del individuo (García-Viniegras y González, 2000). En opinión de investigadores como Diener (2000), cabría hablar de una dimensión general de satisfacción vital, integrada por ámbitos o dominios más específicos de complacencia directamente vinculados a diversos aspectos significativos de la vida cotidiana del individuo. Ambas dimensiones —general y específicas— se encuentran interrelacionadas, de tal modo que los cambios acaecidos en estas últimas pueden afectar a la satisfacción general, más estable que aquéllas.

➤ **Dimensión afectiva**

Por su parte, la felicidad, determinada por el balance afectivo entre el placer y el displacer experimentado por el individuo (Molina y Meléndez, 2006), constituye una dimensión eminentemente emocional y cortoplacista, en tanto que dicho balance es desencadenado por una experiencia inmediata (Díaz et al., 2006). Conviene precisar, tal y como afirma Bradburn (1969), que las dimensiones afecto positivo y afecto negativo son relativamente independientes la una de la otra, esto es, los cambios producidos en cualquiera de ellas (aumento o disminución) no ocasiona alteraciones en la otra. Así, por ejemplo, si un hombre discute con su mujer, probablemente experimentará un incremento de afecto negativo (enfado, ira, frustración, etc.), pero ello no tiene por qué influir en su nivel de afecto positivo. Si dicha discusión no tiene lugar, no experimentará ni afecto positivo ni afecto negativo. Por contra, si invita a cenar a su mujer a un restaurante y pasan una agradable velada, probablemente aumente su afecto positivo (placer, alegría, etc.), pero su nivel de afecto negativo no se verá alterado (ni aumentará ni disminuirá). Según este autor, es el balance final de afectos positivos y de afectos negativos, en otras palabras, la frecuencia con la que se experimentan unos y otros, lo que nos permitirá determinar el grado de felicidad del individuo.

De acuerdo con Lucas et al. (1996), estos tres componentes (satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo) son relativamente independientes, pero también se influyen mutuamente. Así, la satisfacción vital, en tanto que dimensión estable, no depende directamente del estado afectivo del individuo en el momento de realizar el juicio evaluativo, lo que justificaría su relativa independencia. Pero también es probable que, a la hora de efectuar un juicio global sobre su vida, el individuo sopesa, entre otros aspectos, la cantidad de tiempo que pasa de buen y de

mal humor. Asimismo, de acuerdo con las teorías evaluativas de la emoción, el procesamiento evaluativo que el individuo realiza acerca de los eventos relacionados con su vida es el desencadenante inmediato de las reacciones afectivas o emocionales que experimenta (Aguado, 2005).

En esta línea se posiciona García-Martín (2002) al afirmar que la satisfacción con la vida y el componente afectivo del bienestar subjetivo tienden a correlacionar, pues ambos elementos se hallan influidos por la valoración que realiza el sujeto acerca de los sucesos, actividades y circunstancias generales en los que se desarrolla su vida. No obstante, necesariamente también han de diferir, ya que, así como la satisfacción con la vida representa un resumen o valoración global de la vida como un todo, el balance afectivo depende más de las reacciones a eventos concretos que acontecen en el curso de la existencia.

1.3.1.2. Variables que influyen en el bienestar subjetivo

Con el desarrollo y la proliferación de instrumentos para la medida del bienestar subjetivo, la investigación ha tratado de esclarecer qué variables contribuyen a determinar los niveles de satisfacción vital y de felicidad (esto es, alto afecto positivo y carencia de afecto negativo) de las personas. Entre los factores más estudiados se encuentran variables tales como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel formativo, el nivel de ingresos o las características de personalidad.

➤ **Edad**

Diversos estudios transversales evidencian que los niveles de bienestar subjetivo permanecen estables a lo largo del ciclo vital, tanto en lo que respecta a la dimensión de satisfacción con la vida (Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás, 2009) como en lo referente al balance afectivo (Diener, 1994; Röcke, Li y Smith, 2009; Vera y Sotelo, 2004).

➤ **Sexo**

En general, la investigación muestra escasas o nulas diferencias entre mujeres y hombres en los niveles de bienestar subjetivo. Sin embargo, es posible que el sexo influya indirectamente en el bienestar subjetivo mediante su interacción con otras variables. Así, por ejemplo, parece que las mujeres más jóvenes tienen una satisfacción vital más alta que los hombres, mientras que en las mujeres de avanzada edad se observa el patrón contrario (Diener, 1994). Una posible explicación es que las mujeres mayores generalmente informan de una peor salud que los hombres (García-Martín, 2002). No obstante, parece que las mujeres presentan una mayor tendencia a experimentar más intensamente tanto los afectos positivos como los negativos.

➤ Estado civil

El matrimonio se erige en uno de los predictores más importantes del bienestar subjetivo, tanto en adultos de mediana edad (Moyano y Ramos, 2007) como en personas mayores (Meléndez et al., 2009).

➤ Nivel formativo y de ingresos económicos

La relación entre estas variables y el bienestar subjetivo no parece ser directa. Sin embargo, es posible que el nivel formativo influya indirectamente en el bienestar subjetivo, actuando como mediador en la consecución de metas personales relevantes (García-Martín, 2002). Por otro lado, las personas que gozan de un buen estatus económico presentan mayores posibilidades de experimentar niveles más elevados de bienestar subjetivo, pero el nivel de ingresos económicos no determina necesariamente el grado de bienestar subjetivo experimentado. Diener (1994) aporta cuatro posibles explicaciones de la relación entre ingresos y bienestar subjetivo: *a*) los ingresos tendrían efectos significativos sobre el bienestar subjetivo en los niveles extremos de pobreza, alcanzando su techo una vez que las necesidades básicas están cubiertas; *b*) factores como el estatus y el poder, que covarían con los ingresos, podrían ser los responsables del efecto que éstos ejercen sobre el bienestar; *c*) a su vez, la relación entre ingresos y bienestar subjetivo podría verse mediatizada por la comparación social, y *d*) posiblemente, los ingresos no sólo tengan efectos beneficiosos sino que también presenten algunos inconvenientes (p. ej., altas responsabilidades, sobrecarga laboral, estrés, etc.) que interactúen con ellos y tiendan a reducir su repercusión positiva.

➤ Características de personalidad

Dos de los rasgos de personalidad que más se han asociado al bienestar subjetivo son la extraversión (positivamente) y el neuroticismo (negativamente). Sin embargo, aunque las personas extravertidas tienden a experimentar mayores niveles de bienestar subjetivo, no está claro el sentido de esta relación, en tanto en cuanto es posible que aquellos individuos que mantienen contactos sociales satisfactorios experimenten un mayor bienestar, pero también podría suceder que cuando se experimenta un elevado bienestar subjetivo el individuo se encuentre más predispuesto hacia el contacto social.

Asimismo otras características personales frecuentemente asociadas positivamente al bienestar subjetivo son la autoeficacia y la autoestima. En efecto, la autoeficacia constituye una de las características de personalidad que promoverían en mayor medida el bienestar subjetivo, incluso en condiciones adversas (Gómez, Villegas, Barrera y Cruz, 2007). Las personas que poseen elevadas expectativas de autoeficacia confían ampliamente en sus capacidades para obtener los resultados o las metas deseados en un determinado dominio, lo que contribuye sobremanera a su experiencia

de bienestar subjetivo. En lo que respecta a la autoestima, parece que su efecto se encuentra mediatizado por la cultura (García-Martín, 2002). Así, la autoestima muestra una correlación más elevada con la felicidad en las sociedades individualistas que en las sociedades colectivistas.

1.3.2. Bienestar psicológico

Mientras la línea de investigación del bienestar subjetivo ha mostrado especial interés en el estudio de los afectos y la satisfacción con la vida, el *bienestar psicológico* o eudaimónico, de más reciente tradición, se focaliza en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidos ambos como los principales indicadores del funcionamiento positivo, así como en el estilo y manera de afrontar los retos vitales y en el esfuerzo y el afán por conseguir nuestras metas. Por tanto, a diferencia del bienestar subjetivo, el bienestar psicológico no dependería tanto de experiencias placenteras o displacenteras como de la consecución de los valores que al individuo le hacen sentir vivo y auténtico y que, en definitiva, le permiten crecer y desarrollarse como persona (Ryan y Deci, 2001).

El bienestar psicológico sería el resultado de un proceso de construcción personal basado en el desarrollo psicológico del individuo y en su capacidad para interactuar de forma armoniosa con las circunstancias que afronta en su vida (Molina y Meléndez, 2006). De esta manera, el bienestar psicológico vendría determinado por el grado de equilibrio entre las expectativas, los ideales y las realidades alcanzadas por el individuo, todo ello expresado en términos de satisfacción, y sus competencias personales y capacidad de respuesta para afrontar los acontecimientos vitales con el fin de lograr una óptima adaptación (García-Viniegras y González, 2000). Así pues, como bien apuntaba Bertrand Russell (1958) hace ya más de medio siglo, nuestra felicidad, en el sentido eudaimonista del término, no es posible sin esfuerzo, en la medida en que requiere una larga y, en la mayoría de las veces, ardua conquista personal.

1.3.2.1. Componentes del bienestar psicológico

Como señala Ryff (1989b), el estudio del bienestar hedónico o subjetivo puede ser adecuado para determinar el nivel de bienestar emocional experimentado por el individuo, pero no logra captar desafíos vitales de mayor enjundia tales como tener un sentido de propósito y dirección en la vida, lograr relaciones satisfactorias con otras personas o sentir que se ha conseguido la autorrealización personal. Ha de tenerse en cuenta que, en el bienestar subjetivo, el único indicador es la experiencia de la persona. En cambio, la perspectiva del bienestar psicológico trata de determinar criterios y cualidades concretas y estables que permitan hablar de funcionamiento psicológico positivo, por lo que intenta desarrollar instrumentos capaces de evaluar en qué medida el individuo cumple con tales criterios o posee dichas cualidades (Triadó, Villar, Solé y Osuna, 2005).

Las primeras propuestas teóricas desarrolladas en torno al bienestar eudaimónico se articularon alrededor de conceptos como la autoactualización (Maslow, 1968), el funcionamiento pleno (Rogers, 1961) o las teorías del desarrollo personal a lo largo del ciclo vital (p. ej., Erikson, 1959; Neugarten, 1973). A pesar de su relevancia teórica, ninguna de ellas llegó a tener un impacto significativo en el estudio del bienestar, debido, fundamentalmente, a la ausencia de fiabilidad y validez en los procedimientos de medida.

Buscando los puntos de convergencia entre todas estas formulaciones, Ryff (1989a, 1989b) operativizó un modelo multidimensional de bienestar psicológico integrado por las siguientes seis dimensiones: autoaceptación, autonomía, relaciones positivas con otras personas, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (figura 1.3).

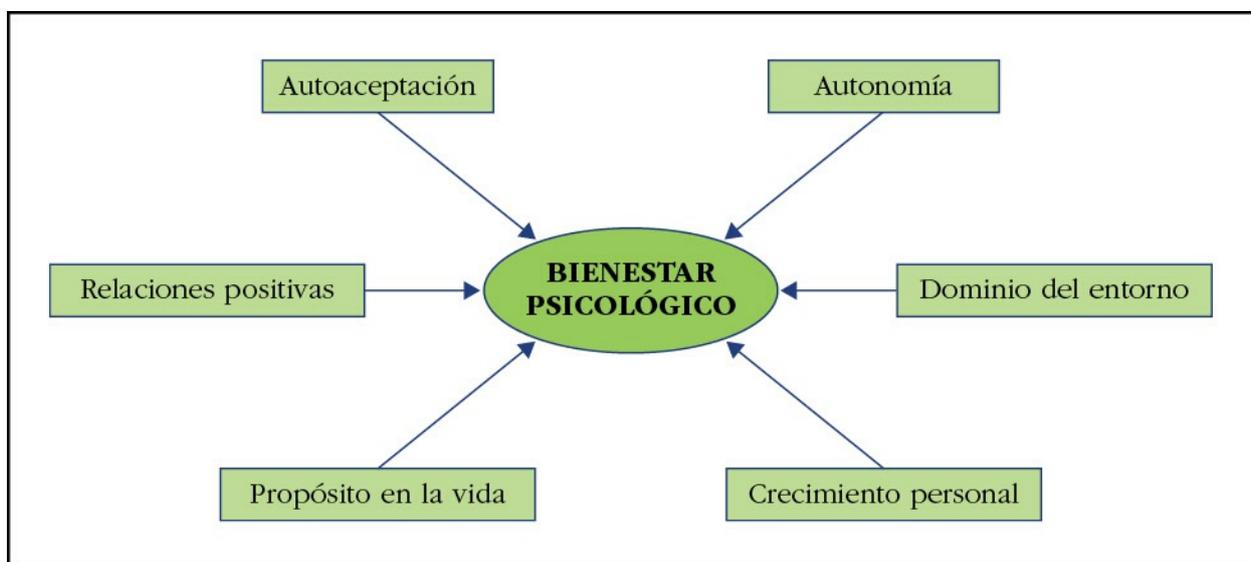


Figura 1.3. Componentes del bienestar psicológico del modelo de Ryff.

➤ **Autoaceptación**

La *autoaceptación* constituye para Ryff uno de los componentes centrales del bienestar psicológico, y se define como un indicador clave de salud mental, así como de autorrealización, de funcionamiento óptimo y de madurez. Desde la perspectiva del ciclo vital, la autoaceptación implica la satisfacción consigo mismo y con las experiencias vitales desarrolladas.

➤ **Relaciones positivas con otras personas**

En lo que respecta a las *relaciones positivas con otras personas*, la investigación ha enfatizado ampliamente la importancia del afecto y de la confianza en las relaciones interpersonales. Entre ellas, la capacidad de amar constituye un componente esencial de la salud mental. De hecho, las personas autorrealizadas se caracterizarían por poseer una alta capacidad empática y sentimientos de afecto por

los demás, así como unas notables facultades para amar y sólidas amistades. Por contra, existe una firme relación entre el aislamiento social, la soledad o la pérdida de apoyo social y el riesgo de padecer una enfermedad, de tal modo que reducen la esperanza de vida.

➤ **Autonomía**

La *autonomía*, según Ryff, es un concepto próximo al de autodeterminación que alude a la relación entre voluntad y acción, es decir, al grado en que la persona se siente libre para poner en marcha comportamientos de su elección. Desde esta consideración, el logro de una autonomía plena, o lo más plena posible, requiere no tanto una autonomía física o funcional como un nivel de competencia cognitiva que permita tomar decisiones libremente elegidas.

➤ **Dominio del entorno**

La habilidad del individuo para elegir y crear entornos propicios para satisfacer sus propias necesidades y desarrollarse óptimamente es otro de los indicadores centrales de la salud mental y del funcionamiento positivo. En efecto, las personas con un alto *dominio del entorno* experimentan una mayor causación personal y una mayor percepción de autodeterminación, lo que les lleva a sentirse capaces de influir y producir cambios en el contexto que las rodea. Estas personas experimentan una sensación de control y de competencia en el manejo del entorno.

➤ **Propósito en la vida**

Para un óptimo funcionamiento positivo es preciso que el individuo se marque sus propias metas, propósitos y objetivos a alcanzar en su vida, todo lo cual dotará a ésta de sentido, es decir, que tenga un *propósito en la vida*.

➤ **Crecimiento personal**

Pero, además, un óptimo bienestar psicológico requiere también que el individuo se esfuerce por continuar creciendo y desarrollando al máximo todas sus potencialidades y capacidades (*crecimiento personal*), sea inconformista con los logros obtenidos en el pasado y afronte nuevos desafíos personales que le permitan crecer como individuo. Esta dimensión, como señala Ryff (1989a), estaría muy próxima al concepto de *eudaimonia* desarrollado por Aristóteles.

A modo de síntesis, en la tabla 1.1 se describen las principales características que, de acuerdo con Ryff (1989b), presentan las personas con alto y bajo bienestar psicológico.

TABLA 1.1

Características de los individuos que puntúan alto y bajo en cada una de las dimensiones del bienestar psicológico del modelo de Ryff

	ALTO	BAJO
AUTOACEPTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Actitudes positivas hacia uno mismo. ⇒ Conocerse y aceptarse con las virtudes y limitaciones propias. ⇒ Satisfacción con las experiencias vitales propias. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Insatisfacción consigo mismo. ⇒ Decepción con las experiencias vitales propias. ⇒ Preocupación con respecto a ciertas características personales. ⇒ Deseos de ser diferente a como se es.
RELACIONES POSITIVAS	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Sentir afecto, satisfacción y confianza en las relaciones interpersonales. ⇒ Preocuparse por el bienestar de los demás. ⇒ Capacidad para sentir alta empatía, afectividad y proximidad hacia los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Sentirse poco cercano a los demás. ⇒ Desconfiar de las relaciones interpersonales. ⇒ Dificultades para experimentar afecto y preocupación por los demás. ⇒ Sentimiento de soledad y de frustración en las relaciones interpersonales. ⇒ Baja disposición para mantener vínculos sólidos con otras personas.
AUTONOMÍA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Autodeterminación e independencia. ⇒ Capacidad para resistir las presiones sociales respecto a cómo pensar y actuar. ⇒ Conducta autorregulada. ⇒ Evaluación basada en criterios autorreferidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Sentirse influenciado por lo que piensan los demás. ⇒ Dejarse llevar por las opiniones de los demás para tomar decisiones importantes. ⇒ Plegarse a las presiones sociales con respecto a cómo pensar y comportarse.
DOMINIO DEL ENTORNO	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Percepción de competencia en el manejo del entorno. ⇒ Eficacia en el aprovechamiento de las oportunidades que brinda el entorno. ⇒ Capacidad para elegir o crear contextos apropiados para satisfacer las necesidades propias. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Dificultades para manejar los acontecimientos cotidianos. ⇒ Sentimientos de incompetencia para modificar o mejorar el entorno. ⇒ Bajo aprovechamiento de las oportunidades que brinda el entorno. ⇒ Escasa percepción de control sobre los acontecimientos vitales propios.
PROPÓSITO EN LA VIDA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Tener objetivos en la vida y deseos de conducirse hacia su consecución. ⇒ Sentir que la propia vida tiene significado. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Baja atribución de sentido a la propia vida. ⇒ Escasez de objetivos y metas vitales. ⇒ No encontrarles significado y propósito a las experiencias vitales pasadas.
	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Necesidad de desarrollo continuo. ⇒ Deseos de apertura a nuevas experiencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Percepción de estancamiento personal. ⇒ Escasa sensación de progreso y

CRECIMIENTO PERSONAL

- ⇒ Sensación de máximo desarrollo de todas las potencialidades y capacidades individuales.
 - ⇒ Sensación de automejora.
 - ⇒ Esfuerzos enfocados hacia la consecución de un mayor autoconocimiento y autoeficacia.
- desarrollo personal con el paso del tiempo.
 - ⇒ Desgana y desinterés con respecto a la propia vida.
 - ⇒ Sensación de incapacidad para desarrollar nuevas actitudes o ejecutar nuevas conductas.

1.3.2.2. Variables que influyen en el bienestar psicológico

Si bien el modelo multidimensional de bienestar psicológico acuñado por Ryff es el que mayor aceptación conceptual y empírica ha recibido hasta la fecha (p. ej., Burns y Machin, 2009; Díaz et al., 2006; Lin, 2015; Tomás, Meléndez, Oliver, Navarro y Zaragoza, 2010), algunos estudios cuestionan su carácter universal y sugieren que la consideración del bienestar como pleno desarrollo del potencial individual plantea una visión excesivamente etnocéntrica, basada en la noción de éxito propia de las sociedades individualistas modernas (Rodríguez-Carvajal, Díaz, Moreno-Jiménez, Blanco y Van Dierendonck, 2010). Por tanto, se trataría de una concepción de felicidad ligada al desarrollo del potencial personal parcialmente sesgada desde el punto de vista cultural. Con el propósito de configurar un constructo eudaimónico del bienestar libre de injerencias etnocéntricas, Rodríguez-Carvajal et al. (2010) han ampliado el modelo multidimensional desarrollado por Ryff a ocho dimensiones. Estos autores proponen incluir las dimensiones vitalidad y recursos internos. La primera, definida como una experiencia psicológica de iniciativa, espontaneidad y una mayor sensación de control (Ryan y Frederick, 1997), favorece que el individuo mantenga sus esfuerzos por lograr un funcionamiento personal pleno (Waterman, 1993). Por su parte, los recursos internos se relacionan con los procesos de reflexión sobre uno mismo y aumento de la conciencia personal sobre las capacidades personales propias, necesarios para que el individuo logre su pleno desarrollo como ser humano.

Si bien los primeros resultados obtenidos por Rodríguez-Carvajal y colaboradores en relación con este modelo de ocho dimensiones muestran buenos índices de validez y fiabilidad, el modelo de Ryff constituye una referencia ineludible para determinar qué variables resultan determinantes esenciales del bienestar eudaimónico. En este sentido, la variable más estudiada ha sido la *edad*. En contraposición a lo que ocurre con el bienestar subjetivo, algunas de las dimensiones del bienestar psicológico sí parecen experimentar variaciones significativas a lo largo del ciclo vital del individuo.

La propia Ryff (Ryff, 1989a; Ryff y Keyes, 1995; Ryff y Singer, 2008) ha llevado a cabo algunos estudios de corte transversal en los que analiza las diferencias en el bienestar psicológico de los individuos en función de la edad. Sus resultados indican que los adultos jóvenes (25-39 años) puntúan más alto que el resto de grupos analizados (40-59 años y 60-74) en las dos dimensiones más genuinamente representativas del bienestar psicológico (propósito en la vida y crecimiento personal), sin que existan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las

cuatro dimensiones restantes se mantienen estables (relaciones positivas) o aumentan (autoaceptación, autonomía y dominio del entorno) con la edad, si bien la autonomía decrece a partir de los 60 años. Algunos trabajos con muestras de personas mayores españolas (p. ej., Triadó, Villar, Solé y Osuna, 2005) refrendan los resultados obtenidos por Ryff, si bien otros (p. ej., Navarro, Meléndez y Tomás, 2007) han evidenciado también decrementos asociados a la edad en autoaceptación y dominio del entorno.

Otro grupo de variables cuyo efecto sobre el bienestar psicológico ha sido analizado son los *rasgos de personalidad*. En este sentido, Keyes et al. (2002) señalan que aquellos individuos con altas puntuaciones en extraversión y apertura a la experiencia muestran niveles significativamente más elevados de bienestar psicológico que aquellos individuos con bajas puntuaciones en estos rasgos.

Actividades de evaluación

- ⇒ Explica las diferencias entre los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivo y bienestar psicológico.
- ⇒ Justifica por qué la calidad de vida es subjetiva, contextual y multidimensional.
- ⇒ Analiza la relación entre la satisfacción con la vida y los estados afectivos del individuo.
- ⇒ Describe cómo evoluciona el bienestar psicológico en función de la variable edad.

NOTAS

¹ Algunos trabajos (Disabato, Goodman, Kashdan, Short y Jarden, 2015; Kashdan, Biswas-Diener y King, 2008) defienden que las diferencias entre bienestar hedónico y bienestar eudaimónico serían más filosóficas que reales, de tal manera que ambos tipos de bienestar formarían parte de un constructo global más amplio (bienestar general). Sin embargo, parece que tanto el bienestar hedónico como el eudaimónico comprenderían dimensiones exclusivas (i.e., únicamente explicadas por uno u otro tipo de bienestar, pero no por ambos) y relativamente independientes (Chen, Jing, Hayes y Lee, 2013; Disabato et al., 2015; Keyes et al., 2002). Por ello, ambas líneas de investigación, la del bienestar subjetivo y la del bienestar psicológico, pueden considerarse relacionadas pero complementarias.

² El término «eudaimonia» fue propugnado por Aristóteles, quien entendía por tal la consecución de la excelencia o la perfección en uno mismo, de acuerdo con las capacidades y el potencial individual.

2. EL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LA VEJEZ: LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO EXITOSO

Objetivos

- ⇒ Analizar la importancia de las estrategias de afrontamiento en la gestión del estrés.
- ⇒ Conocer los mecanismos de afrontamiento que utilizan las personas mayores para gestionar en su día a día los sucesos vitales potencialmente estresantes.
- ⇒ Comprender qué es el envejecimiento exitoso y qué factores pueden contribuir a que las personas mayores envejezcan satisfactoriamente.

Presentación del capítulo

El envejecimiento supone una etapa evolutiva en la que tienen lugar importantes cambios físicos, psicológicos y sociales. Para algunas personas mayores, estas experiencias suponen una fuente importante de estrés que afecta negativamente a su bienestar subjetivo y psicológico. Sin embargo, otras personas asumen esta etapa del ciclo vital como una más y, a pesar de tener que hacer frente a acontecimientos y circunstancias críticos, logran un ajuste satisfactorio. A lo largo del capítulo se analizan algunas estrategias que pueden resultar adaptativas para el afrontamiento de los cambios propios de la vejez. Se incide en la importancia de la autorregulación de los recursos personales como clave para lograr un envejecimiento exitoso.

2.1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento supone una etapa evolutiva en la que tienen lugar importantes cambios físicos, psicológicos y sociales. El declive físico, las enfermedades crónicas, la jubilación o la pérdida de seres queridos constituyen sucesos normativos a los que comúnmente los individuos debemos hacer frente en la última fase de la vida. Para algunas personas mayores, estas experiencias suponen una fuente importante de estrés que afecta negativamente a su bienestar subjetivo y psicológico. Sin embargo,

otras personas asumen esta etapa del ciclo vital como una más y, a pesar de tener que hacer frente a acontecimientos y circunstancias críticas como las anteriormente señaladas, logran un ajuste satisfactorio. El modo en que la persona haga frente a los cambios parece erigirse en un predictor importante de su bienestar (Jonker, Comijs, Knipsehcer y Deeg, 2009; Tomás, Sancho, Meléndez y Mayordomo, 2012).

2.2. EL AFRONTAMIENTO DE SUCESOS CRÍTICOS EN LA VEJEZ

En efecto, los ampliamente aceptados planteamientos transaccionales del estrés (Lazarus y Folkman, 1986) sostienen que la consideración de un evento como estresante depende en buena medida del afrontamiento. El afrontamiento no es sino la respuesta o conjunto de respuestas aportadas por el individuo con la intención de manejar y/o neutralizar los eventos estresantes.

Por tanto, la influencia de los sucesos estresantes sobre la salud física y psicológica estaría determinada por la evaluación que hace la persona de la situación, valoración que dependerá de los recursos personales, sociales o culturales disponibles para hacerle frente (véase figura 2.1). Cuando el individuo interpreta que la demanda excede su capacidad de afrontamiento y, por consiguiente, no puede darle respuesta efectiva, aparece el estrés.

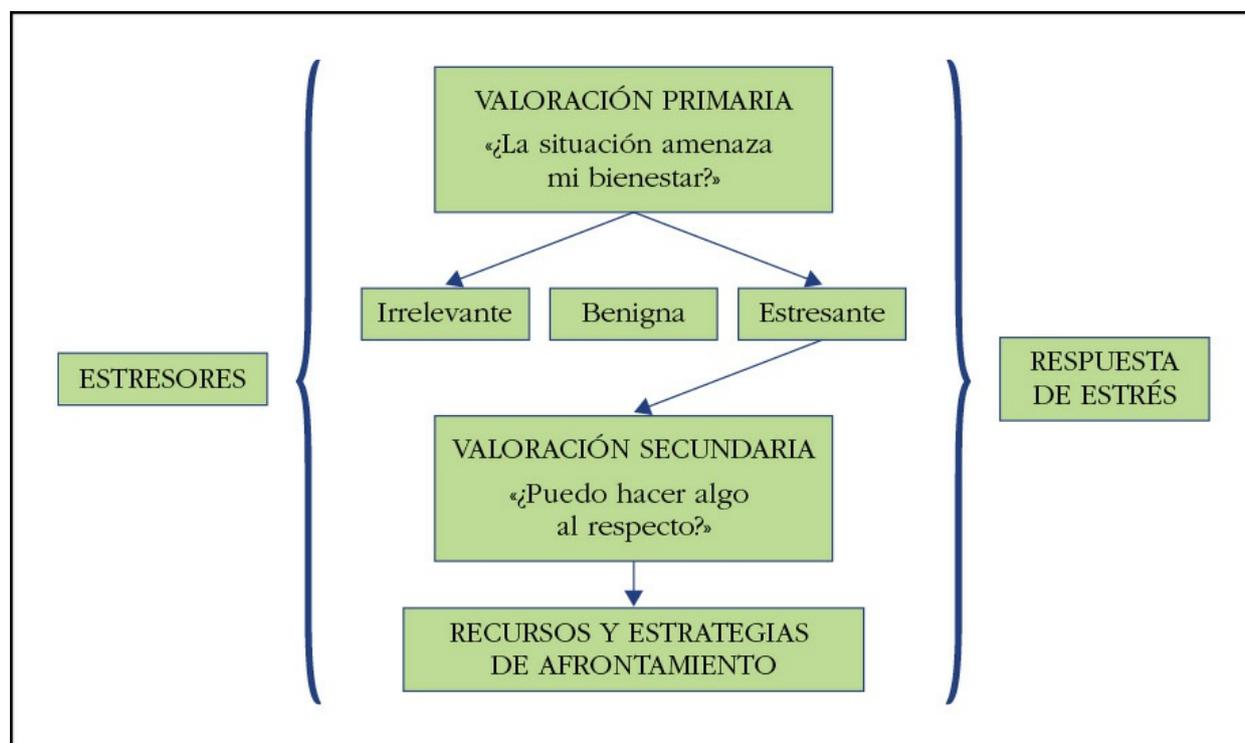


Figura 2.1. Modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman.

En esencia, Lazarus y Folkman sostienen que, al enfrentarnos a cualquier avatar en nuestro día a día, los individuos llevamos a cabo dos tipos de evaluación:

- a) Una *evaluación primaria*. Las personas analizamos y evaluamos en qué medida una situación amenaza nuestro bienestar. Como resultado de ello, ésta será tildada de irrelevante (el suceso carece de importancia, pues no conlleva ningún tipo de implicación para nuestro bienestar), positiva (la situación es favorable a efectos de satisfacer nuestros objetivos personales) o estresante (exige la movilización de recursos para hacerle frente, pues, de lo contrario, nuestro bienestar correría peligro. La situación no tiene por qué ser negativa, pero sí entraña la necesidad de realizar un esfuerzo adaptativo). A su vez, la situación estresante puede suponer para nosotros una amenaza (anticipamos un posible daño o una pérdida antes de que ocurra), una pérdida o daño (el perjuicio ya se ha producido, con el consiguiente daño para nuestra estima, nuestra salud, nuestra familia, relaciones sociales, etc., y entendemos que la situación permanecerá inmodificable) o un desafío (cuando consideramos que, pese a las dificultades, existe la posibilidad de obtener ganancias o beneficios importantes si movilizamos los recursos adecuados).
- b) Una *evaluación secundaria*. En ella juzgamos los recursos de que disponemos para hacer frente a la situación con éxito. En este proceso de análisis, tomamos conciencia del grado de discrepancia entre nuestra capacidad, nuestras habilidades y estrategias de afrontamiento y el repertorio de capacidades, habilidades y estrategias que requiere la situación estresante. Cuanto mayor sea esa discrepancia, mayor será también la probabilidad de que experimentemos estrés (Carver y Scheier, 1999).

2.2.1. Clasificación del afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento

Algunos teóricos del afrontamiento postulan que éste es estable transituacionalmente (p. ej., Gil, Wilson y Edens, 1997), por lo que cada persona evidenciaría un estilo habitual para hacer frente al estrés (Moos y Holahan, 2003). En otras palabras, la manera de manejar los problemas viene dada por nuestros rasgos de personalidad, así como por nuestras experiencias previas, que nos predisponen a evaluar y responder a las situaciones de una forma determinada.

Y aunque existen evidencias de que las personas nos diferenciamos en virtud de nuestros patrones o estilos de afrontamiento, se ha observado que los factores situacionales determinan también nuestras respuestas de afrontamiento (Endler, Kantor y Parker, 1994). En esta línea, Lazarus y Folkman (1986) conciben el afrontamiento como un proceso eminentemente dinámico y contextual, esto es, dependiente de la situación y del modo concreto en que ésta es evaluada por el individuo. Desde esta consideración, definen el afrontamiento como «aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo» (p. 164). Estos esfuerzos cognitivo-conductuales se erigen en verdaderas tentativas estratégicas de eliminar o, cuando menos, reducir el impacto del estímulo estresor y, en consecuencia, prevenir

la respuesta de estrés.

Siguiendo a Schwarzer y Schwarzer (1996), para la conceptualización del afrontamiento es importante tomar en consideración tres cuestiones: *a)* el afrontamiento no se refiere únicamente a la conducta llevada a cabo completamente, sino que también alude a cualquier esfuerzo realizado, aunque se desista prematuramente; *b)* dicho esfuerzo puede expresarse tanto mediante conductas externas como mediante procesos cognitivos, y *c)* la valoración cognitiva de la situación como desafío o amenaza constituye un prerrequisito para iniciar la respuesta de afrontamiento.

Con estas premisas, cualquier intento puesto en marcha por el individuo para combatir el estrés constituiría en sí mismo una estrategia de afrontamiento. No sorprende, por ello, que trabajos como el de Skinner, Edge, Altman y Sherwood (2003) hayan documentado la existencia de más de 400 mecanismos de afrontamiento. Dadas la amplitud y heterogeneidad de estas estrategias, la investigación ha tratado de categorizarlas con objeto de sistematizar sus características e implicaciones.

De esta manera, el afrontamiento ha sido clasificado atendiendo a criterios como: *a)* el objeto de los esfuerzos de afrontamiento (centrado en el problema vs. centrado en la emoción); el método de afrontamiento (aproximación o acercamiento vs. evitación o huida); *c)* el tipo de esfuerzo o nivel de respuesta llevado a cabo (cognitivo vs. conductual); *d)* la dimensión temporal del afrontamiento (preventivo, anticipatorio, dinámico, reactivo o residual), y *e)* su grado de generalización (general vs. específico). Una descripción más completa de estas taxonomías se presenta en la tabla 2.1.

TABLA 2.1
Clasificación de las estrategias de afrontamiento

CRITERIO	TIPOS	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
Objeto de los esfuerzos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986).	Centrado en el problema.	Modificar o resolver la situación estresante actuando directamente sobre el problema.	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Definición del problema. ⇨ Planificación. ⇨ Búsqueda de información. ⇨ Plantear metas alternativas.
	Centrado en la emoción.	Regular las emociones negativas asociadas al agente estresante.	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Reevaluación positiva del problema. ⇨ Apoyo emocional. ⇨ Represión emocional. ⇨ Aceptación. ⇨ Distanciamiento.
Método de afrontamiento (Endler y Parker, 1990).	Aproximación.	Estrategias cognitivas y conductuales movilizadas hacia la modificación de la situación potencialmente estresante, o bien las emociones negativas subyacentes.	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Búsqueda de apoyo. ⇨ Regulación emocional. ⇨ Aceptación. ⇨ Reestructuración cognitiva.

	Evitación.	Estrategias cognitivo-conductuales que permiten evitar tener que hacer frente al problema o las emociones negativas que se derivarían de él.	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Negación del problema. ⇨ Evitación. ⇨ Distracción. ⇨ Pensamiento desiderativo.
Tipo de esfuerzo o nivel de respuesta (Fernández-Abascal, 1997).	Cognitivo.	Respuesta de tipo cognitivo.	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Tratar de autoconvencerse de que el problema no tiene solución, de que ya pasará, etc. ⇨ Planificar cómo abordar la situación.
	Conductual.	Respuesta mediante la puesta en marcha de un comportamiento manifiesto.	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Buscar asesoramiento experto para dar cuenta del problema. ⇨ Puesta en práctica de la planificación efectuada.
Dimensión temporal del afrontamiento (Beehr y McGrath, 1996).	Preventivo.	Afrontamiento puesto en marcha mucho antes de que el evento estresante se produzca o pueda llegar a producirse.	Un fumador puede abandonar el tabaco con objeto de evitar padecer cáncer de pulmón.
	Anticipatorio.	El individuo se anticipa al problema poco antes de que éste se produzca.	Una persona puede grabar el trabajo que está haciendo con su ordenador portátil antes de quedarse sin batería y perder la información.
	Dinámico.	El individuo hace frente al problema.	Un fatigado corredor puede animarse a sí mismo durante la competición pensando en que si realiza un pequeño esfuerzo final llegará a la meta.
	Reactivo.	Estrategias puestas en marcha una vez acontecido el evento estresante.	Una persona le cuenta a su pareja que acaba de perder el trabajo.
	Residual.	Estrategias implementadas mucho tiempo después de ocurrido el problema con la pretensión de paliar sus efectos a largo plazo.	Un individuo trata de controlar pensamientos intrusivos años después de sufrir un evento traumático.
Grado de generalización del afrontamiento (Frydenberg y Lewis, 1996)	General.	Modo en que el individuo encara habitualmente cualquier situación estresante.	Fumar en exceso cada vez que uno se siente estresado.
	Específico.	Modo en que el individuo encara un evento particular.	Hacer deporte para olvidarse de las preocupaciones laborales, dialogar con los seres queridos cuando se necesita tomar una decisión difícil, etc.

Evidentemente, las taxonomías descritas no son excluyentes entre sí, de manera que una misma estrategia de afrontamiento puede encuadrarse en cada una de estas tipologías en función del criterio analizado.

Un importante foco de controversia radica en determinar si ciertas formas de

afrontamiento resultan más adaptativas que otras, esto es, si resultan más eficaces a la hora de dar respuesta al estrés. Si bien esta cuestión constituye, como señalan Somerfield y McCrae (2000), uno de los aspectos más desconcertantes del campo de la investigación, dada la naturaleza eminentemente situacional y personal del afrontamiento apuntada anteriormente, cabría indicar que no existen buenas o malas estrategias per se, sino que ello va a depender tanto del individuo en particular como de la situación concreta que ha de afrontar y de las condiciones en que ha de hacerlo. Lo importante, por consiguiente, a efectos de eficacia, es la flexibilidad del afrontamiento (Kato, 2012), de manera que el individuo disponga de un amplio abanico de estrategias y tenga la capacidad para determinar cuál de ellas es la apropiada en cada situación.

2.2.2. Estrategias de afrontamiento en las personas mayores

Asumiendo que el afrontamiento desempeña un rol esencial en el ajuste y bienestar psicológico del individuo ante situaciones críticas (Krzemien, Monchiatti y Urquijo, 2005), a través de las estrategias de afrontamiento la persona mayor se adapta a su situación, compensa las posibles pérdidas que pueda experimentar y adopta un rol activo en el mantenimiento de su bienestar (Yanguas, 2006).

De hecho, a pesar de que buena parte de las personas mayores experimenta algún tipo de evento vital de carácter negativo (p. ej., pérdidas de seres queridos, enfermedades crónicas, etc.), tales cambios no parecen afectar a su autoestima y a su bienestar en virtud de una óptima aplicación de las estrategias de afrontamiento. En este sentido, no parecen existir diferencias asociadas a la edad en cuanto al grado en que los individuos evalúan sus problemas como estresantes, ni tampoco en la eficacia a la hora de afrontarlos (Aldwin, Sutton, Chiara y Spiro, 1996; Martin, Rott, Poon, Courtenay y Lehr, 2001; Mayordomo, Sales, Satorres y Blasco, 2015). De acuerdo con Navarro y Bueno (2015), probablemente en la vejez los repertorios de afrontamiento estén ya completamente desarrollados, de tal modo que las personas mayores se valen de su experiencia para descartar las estrategias inefectivas y seleccionar aquellas otras que pueden ayudarles a conseguir las metas deseadas en situaciones problemáticas.

Parece que, a medida que envejecemos, se produce un paulatino cambio en el tipo de estrategias empleadas para afrontar situaciones potencialmente amenazantes, de tal modo que las personas mayores suelen recurrir, en contraste con las personas jóvenes, a estrategias centradas en la emoción (Carver y Connor-Smith, 2010; Etxeberria, 2016; Villar, 1997), principalmente a través de la reevaluación positiva de la situación problema (Folkman, Lazarus, Pimley y Novacek, 1987; Trouillet, Gana, Lourel y Fort, 2009). Dado que las emociones negativas pueden limitar sus disminuidos recursos, el objetivo de estas estrategias sería inhibir el *arousal* negativo. En realidad, vendrían a desempeñar una función adaptativa, evitando consumir recursos.

Dos han sido las interpretaciones que se han desarrollado para explicar esta

tendencia a la utilización de estrategias internas con el paso de la edad. Desde el enfoque situacional se asume que, dado el tipo de situaciones que han de afrontar las personas mayores, a menudo incontrollables e irreversibles, resultan de poca utilidad las estrategias dirigidas a la modificación directa de la situación, razón por la cual en esta etapa de la vida se suele optar por las estrategias centradas en la emoción. Por su parte, el enfoque evolutivo alude a la existencia de una serie de cualidades internas que se adquieren con el paso de los años como la causa de que los mayores recurran preferentemente a las estrategias centradas en la emoción.

Con todo, otras investigaciones ponen de manifiesto que las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas mayores para manejar las situaciones de su vida diaria abarcan un amplio rango que discurre desde las estrategias activas hasta las pasivas (Dunér y Nördstrom, 2005; Navarro y Bueno, 2015). En este sentido, Navarro y Bueno (2015) afirman que las personas mayores, e incluso las muy mayores, optan en primer término por intentar modificar la situación problemática mediante algún tipo de estrategia activa (por ejemplo, la resolución del problema, la planificación o la reevaluación positiva). Pero cuando esto no es posible, o la solución se percibe fuera de su alcance, se orientan hacia mecanismos de afrontamiento de carácter pasivo, tales como el conformismo o la búsqueda de apoyo emocional.

Moraitou, Kolovou, Papasozomenou y Paschoula (2006) señalan que las personas mayores suelen recurrir a diversas estrategias, tanto consciente como inconscientemente, para adaptarse satisfactoriamente a los cambios asociados al envejecimiento que se perciben irresolubles. Entre las primeras se encontrarían la comparación social con alguien que se encuentra en una peor situación o el ensalzamiento de los roles y tareas que se realizan satisfactoriamente a la vez que se subestiman aquellos que están fuera del propio alcance. Por otro lado, entre las estrategias de afrontamiento no consciente se encontrarían las «ilusiones positivas», tales como realizar de forma sistemática y constante autoevaluaciones positivas irreales y mantener un optimismo excesivo en relación con la capacidad de uno mismo para superar con éxito la mayor parte de los sucesos negativos.

Las ilusiones positivas parecen ser propias de aquellas personas con alto optimismo disposicional, una variable de personalidad que predispone a creer que la vida deparará más resultados positivos y exitosos que fracasos (Scheier y Carver, 1985). El optimismo disposicional predispone a la utilización de estrategias de afrontamiento adaptativas, tales como la planificación o la reevaluación positiva de los eventos (Chico, 2002).

La religión se erige también en una estrategia de afrontamiento al alza a medida que la persona envejece (Meléndez et al., 2012), probablemente asociada a una creciente disminución en la autoeficacia percibida para hacer frente a los problemas del día a día (Schwarzer, 2001). De hecho, esta estrategia es más recurrente entre las personas mayores que se encuentran viudas, así como entre las que tienen bajos niveles de ingresos económicos (Mayordomo et al., 2015).

Otra variable que parece desempeñar un importante papel en el tipo de estrategias

de afrontamiento que adoptan las personas mayores ante situaciones vitales críticas es el género. Aunque, en general, tanto hombres como mujeres parecen disponer de un amplio y variado elenco de estrategias en la vejez (Stefani, 2004), estas últimas optarían en mayor medida que los hombres por mecanismos centrados en la emoción (Mayordomo et al., 2015; Rose y Rudolph, 2006), así como por las estrategias de evitación (Navarro y Bueno, 2005).

2.3. ENVEJECIMIENTO EXITOSO

Si bien el envejecimiento supone un proceso en el que, por lo común, acontecen diversas pérdidas tanto en el plano físico como en el psicosocial, tales cambios asociados a la edad no parecen constituir, en términos generales, un factor que incida negativamente en el nivel de satisfacción vital y de bienestar de las personas mayores (Villar, 1997). En este planteamiento se encuadran los actuales enfoques sobre el envejecimiento, los cuales han recibido diferentes denominaciones (e.g., productivo, positivo, óptimo, eficaz, saludable), aunque la que más difusión y trascendencia ha adquirido es la de *envejecimiento exitoso*.

Este concepto fue acuñado por Rowe y Kahn (1987, 1997) para establecer la diferenciación entre el «envejecimiento normal», caracterizado por un funcionamiento no patológico pero con alto riesgo de enfermedad y dependencia, y el «envejecimiento exitoso», que aludiría a estilos de vida que permitirían prevenir la enfermedad y la discapacidad, preservar el funcionamiento físico y mental, así como mantener la vinculación social. Desde esta caracterización, el envejecimiento exitoso requeriría una plena implicación con la vida, entendiendo por tal la realización de actividades productivas y la interacción social, además de preservar un buen estado de salud (Rowe y Kahn, 1997). El pionero planteamiento de envejecimiento con éxito formulado por Rowe y Kahn ha recibido numerosas críticas, tanto por su excesivo énfasis en indicadores fisiológicos (Young, Frick y Phelan, 2009) como por el hecho de que el criterio de éxito establecido por estos investigadores (esto es, mantener altos niveles de funcionamiento) implicaría la exclusión de muchas personas mayores del grupo considerado exitoso (Cho, Martin y Poon, 2012).

En efecto, como afirma Izquierdo (2005), el término «exitoso» es un concepto sumamente impreciso y subjetivo, en tanto el éxito vendrá parcialmente determinado por las necesidades y expectativas individuales, las metas personales y las circunstancias existentes en el contexto de desarrollo presente. Por ello, en los últimos años han proliferado diversas definiciones de envejecimiento exitoso que contemplan la propia visión de la persona mayor acerca de lo que considera envejecer con éxito.

En esta línea, Bowling e Iliffe (2006) apuntan que los modelos psicológicos vinculan el envejecimiento exitoso a la existencia de sensación de control sobre la propia vida, elevada autoeficacia percibida, empleo de estrategias de afrontamiento efectivas, capacidad de adaptación y orientación a metas personales, todas ellas

competencias que permitirían al mayor autorregularse y sobreponerse a su deterioro físico y funcional. Por su parte, un estudio transcultural llevado a cabo por Yoon (2008) determinó que los principales factores psicosociales indicativos de envejecimiento exitoso serían: salud física, estabilidad económica, cohesión familiar, disfrutar de una red de apoyo social, tener claro el sentido de la propia vida y percibir que ésta se controla, mantener un óptimo nivel de funcionamiento cognitivo, disponer de una amplia variedad de estrategias de afrontamiento, percepción de control sobre el dolor por la muerte de un ser querido y por situaciones de viudedad y contar con mecanismos y estrategias para justificarse a uno mismo los resultados vitales negativos.

El creciente interés por determinar los factores que llevarían a la persona mayor a envejecer con éxito se ha traducido en que en la actualidad existan más de treinta definiciones del término (véase Depp y Jeste, 2006), sin que haya consenso en torno a su operativización. En este sentido, Amador (2002) identifica tres grandes grupos de acepciones del concepto de envejecimiento exitoso:

- ⇒ Como modo de vida acorde con lo socialmente aceptable. Desde esta acepción, es la sociedad la que determina qué es lo adecuado para los mayores.
- ⇒ Como modo de vida en el que se mantienen las actividades que se desarrollaban durante la adultez media.
- ⇒ Como satisfacción personal con la propia vida presente y pasada.

Esta falta de acuerdo en torno a su conceptualización ha originado un gran debate en la investigación gerontológica en torno a lo apropiado del término (para una revisión sobre el estado de la cuestión, véanse Katz y Calasanti, 2014; y Martinson y Berridge, 2015). Entre otros aspectos, se cuestiona que la consideración acerca de qué es o qué no es envejecimiento exitoso puede variar en función de parámetros culturales, originando grandes divergencias en cuanto a la prevalencia de mayores «exitosos».

Con independencia de la definición concreta que se adopte, el envejecimiento exitoso debe asumirse como un constructo multidimensional y, como tal, conlleva la consideración de dimensiones tanto objetivas como subjetivas vinculadas a la vida de las personas mayores (Pruchno, Wilson-Genderson y Cartwright, 2010).

2.3.1. El modelo de optimización selectiva con compensación

Dentro de esta concepción multidimensional, Baltes y colaboradores (Baltes y Baltes, 1990; Baltes, Staudinger y Linderberger, 1999) propugnan el modelo de *optimización selectiva con compensación* como referente conceptual explicativo del envejecimiento exitoso. Para Baltes et al. (1999), el desarrollo ontogénico persigue tres grandes metas: crecimiento, mantenimiento y regulación de las pérdidas (figura 2.2). A través del *crecimiento*, el individuo busca alcanzar altos niveles de funcionamiento o de capacidad de adaptación al medio. Por consiguiente esta meta, propia de la primera mitad de la vida, se orienta a maximizar el grado de

independencia y autonomía personal. Sin embargo, a partir de la segunda mitad del ciclo vital, las pérdidas biológicas y psicosociales que experimenta el individuo reorientan esta meta hacia el *mantenimiento* (mantener un cierto nivel de funcionamiento que permita bien afrontar nuevos desafíos vitales, bien volver al nivel alcanzado antes de que se produjese la pérdida) y, especialmente en la vejez, la *regulación* de las pérdidas, esto es, el individuo trata de reorganizar su nivel de funcionamiento cuando éste decrece y no es posible conservarlo o recobrarlo al nivel existente antes de que se produjese la pérdida. De acuerdo con ello, el envejecimiento exitoso vendría determinado por el balance entre una total maximización de las ganancias (metas o resultados deseables) y la minimización de las pérdidas (metas o resultados indeseables).

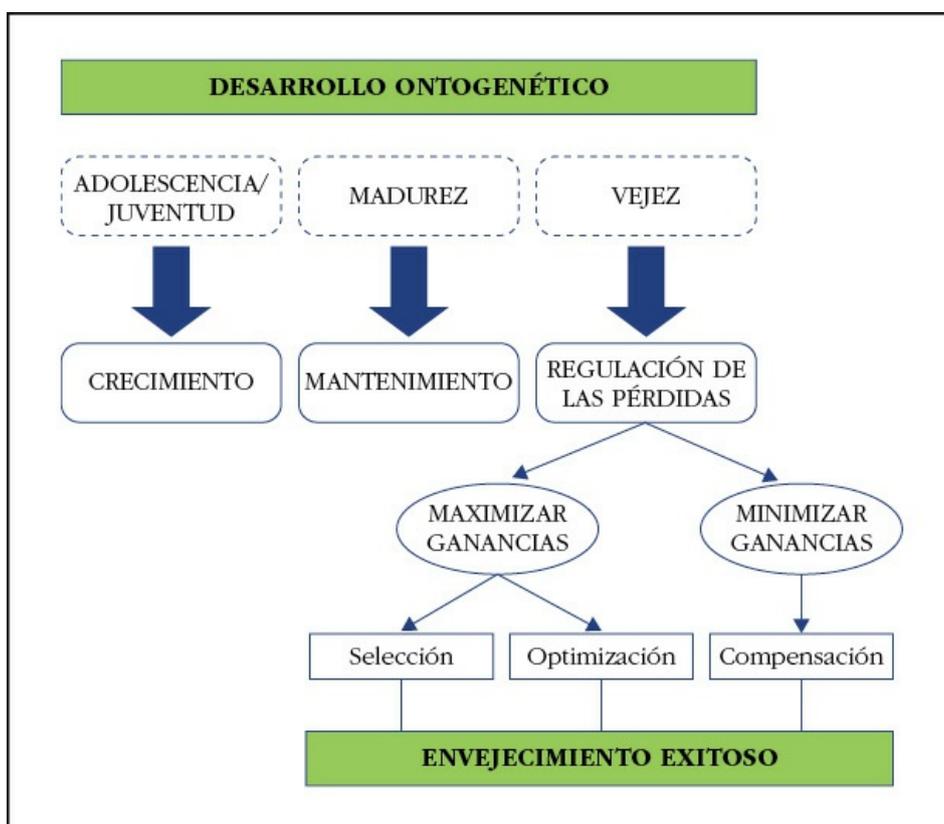


Figura 2.2. Modelo explicativo del envejecimiento exitoso basado en la optimización selectiva con compensación.

Así pues, la persona mayor trata de contrarrestar su situación de vulnerabilidad invirtiendo sus esfuerzos en la regulación y compensación de los déficits y las pérdidas que experimenta a consecuencia de la edad. Tres son las estrategias que, de acuerdo con el modelo de adaptación selectiva con compensación, llevarían a la persona mayor al envejecimiento exitoso: selección, optimización y compensación (figura 2.2).

➤ Selección

Elección, consciente o no, de determinadas trayectorias o dominios como espacios de desarrollo. Ante una situación en la que los recursos son finitos, la persona toma conciencia de sus limitaciones de funcionamiento (en el plano biológico, psicológico y/o social) y actúa en consecuencia priorizando ciertos dominios, lo que hace más manejable el número de desafíos, amenazas y demandas potenciales a las que se enfrenta. En caso de pérdidas, el proceso de selección puede implicar el cambio de las metas de desarrollo con el fin de facilitar la consecución de las nuevas metas con los medios disponibles. La función de esta estrategia es, por tanto, seleccionar la búsqueda de compromisos en los que el mayor pueda rendir satisfactoriamente sin un esfuerzo excesivo ante el aumento de las limitaciones. Se reduce el número de actividades para centrarse en aquellos dominios en los que se tiene una alta autoeficacia, lo que permite al individuo mantener durante más tiempo un elevado rendimiento en la tarea seleccionada. En consecuencia, es preciso que la persona, por un lado, reevalúe sus metas personales, sustituyendo aquellas que se han perseguido en etapas anteriores, y que en la actualidad estima como inalcanzables, por otras más accesibles. En las personas mayores, desimplicarse de metas inalcanzables se asocia con altos niveles de bienestar subjetivo, siempre y cuando dicha desimplicación conlleve la selección de otras metas accesibles (Wrosch, Scheier, Miller, Schulz y Carver, 2003).

➤ **Optimización**

Escogidas ciertas trayectorias o dominios, hemos de explotar los recursos a nuestro alcance (biológicos, psicológicos y/o socioculturales) para maximizar nuestro funcionamiento, poniendo en marcha las mejores estrategias para conseguir las metas evolutivas deseadas. La optimización, por tanto, supone la adquisición o el perfeccionamiento de aquellos medios, recursos y conductas que favorecen la consecución de las metas deseadas (Izquierdo, 2005).

➤ **Compensación**

El mecanismo de compensación se desarrolla en respuesta a una ausencia o pérdida de un medio o un recurso que es relevante para la consecución de nuestras metas evolutivas. Se puede originar a partir de la pérdida de un recurso que estaba a nuestro alcance anteriormente o de un cambio en el contexto que nos dificulta la consecución de nuestras metas. Así pues, la compensación se aplica cuando determinadas conductas o capacidades se pierden o se ven disminuidas por debajo del estándar requerido para un adecuado funcionamiento. Puede implicar o bien la adquisición de nuevos medios para sustituir a los perdidos o que no están disponibles, o bien la reconstrucción de los antiguos, todo ello con el fin de superar dichas pérdidas sin necesidad de modificar las metas deseadas.

En suma, la selección implica direccionalidad, metas y resultados; la optimización alude a los medios para conseguir las metas deseadas, y la compensación supone una

respuesta a las pérdidas experimentadas a través del empleo de medios o recursos que son utilizados para mantener niveles adecuados de funcionamiento y, con ello, las metas personales propuestas (Martos, 2005).

La aplicación, por parte del individuo, de mecanismos de selección, optimización y compensación posibilita una mayor longevidad, una mejor eficacia cognoscitiva, competencia social, productividad, control personal y satisfacción (Cabanach, Seoane y García, 2003), así como niveles más elevados de bienestar subjetivo en la vejez (Freund y Baltes, 1999; Jopp y Smith, 2006).

2.4. AUTORREGULACIÓN Y ENVEJECIMIENTO EXITOSO

La promoción de un estilo de vida saludable constituye una estrategia efectiva para el envejecimiento con éxito (Nina y Franklin, 2009). La participación y adherencia a un estilo de vida saludable precisan no solo motivación, sino también habilidades de autorregulación: percepción de la necesidad de mejorar la propia salud o de prevenir la enfermedad; planificación y ejecución de un plan de acción tendente a la satisfacción de tales necesidades, y evaluación del grado en que la propia conducta se ha orientado a la consecución de la meta o metas marcadas.

Por ello, una de las aplicaciones más productivas de los modelos de autorregulación conductual se ha dado en el campo de la salud (p. ej., programas de prevención y promoción de la salud, programas de rehabilitación de enfermedades, etc.), de tal modo que los esfuerzos se encaminan hacia el desarrollo de competencias autorreguladoras en la persona mayor con el fin de que aprenda cómo mantener, mejorar o recuperar su salud (Purdie y McCrindle, 2002). En este sentido, Wrosch, Dunne, Scheier y Schulz (2006) sostienen que las personas mayores, cuando tienen problemas físicos y/o psicológicos, pueden evitar sus efectos adversos si se implican en un proceso de autorregulación adaptativo que, sobre todo en el caso de enfermedades crónicas, reduzca la sensación de indefensión que a menudo se experimenta en estas situaciones.

La autorregulación de la salud alude a aquellas actividades que el individuo debe poner en práctica a diario para lograr controlar o reducir el impacto de la enfermedad sobre su estado de salud. Siguiendo a Montorio y Carroble (1999), un control eficaz requiere que el individuo tenga, en primer lugar, los suficientes conocimientos en relación con su enfermedad y su tratamiento como para que pueda tomar decisiones sobre su cuidado y adaptarlo en función del curso que tome la enfermedad. En segundo lugar, es necesario que ejecute las conductas adecuadas para el control de la enfermedad (por ejemplo, hacer ejercicio físico de forma regular), y, por último, debe poner en práctica las habilidades precisas para poder mantener un óptimo funcionamiento psicosocial (como, por ejemplo, manejar y controlar las emociones negativas asociadas a un deterioro de la enfermedad).

Si bien, como ya se ha señalado, parece que las personas mayores tienden a poner en práctica en mayor medida estrategias centradas en la emoción, cuando se trata de

problemas de salud tienden a emplear un afrontamiento centrado en la modificación del problema, a través de la puesta en marcha de conductas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, evitando en la medida de lo posible hábitos nocivos y manteniendo un estilo de afrontamiento vigilante y responsivo (Yanguas, 2006). En general, las personas mayores permanecen más vigilantes ante posibles amenazas hacia su salud que las personas jóvenes, lo que vendría dado por su mayor sensibilidad hacia las limitaciones físicas propias, así como por el mayor lapso de tiempo que suelen necesitar para recuperarse de la enfermedad. En consecuencia, a menudo se encuentran más motivadas para evitar tanto las amenazas reales a su propia salud como el malestar emocional que se derivaría de ello (Montorio y Carrobes, 1999).

2.4.1. Autorregulación emocional y bienestar psicológico en la vejez

Un aspecto capital para un óptimo funcionamiento psicológico reside en el dominio de nuestra vertiente afectiva. En la medida en que la experimentación de eventos vitales negativos es consustancial al ser humano, la capacidad para gestionar las propias emociones constituye una de las claves para superarlos con éxito.

En este sentido, parece que, por lo general, a medida que envejecemos, las personas mostramos respuestas emocionales más flexibles, maduras y efectivas (Coats y Blanchard Fields, 2008). Gross et al. (1997) sugieren que estos cambios asociados a la edad se deben a que las personas mayores presentan una mayor capacidad para autorregular sus emociones, posiblemente debido a que emplean con mayor eficacia las estrategias centradas en los antecedentes. Estas estrategias hacen referencia a todo esfuerzo destinado a alterar el curso de la emoción antes de que ésta se haya desarrollado, ya sea modificando los factores contextuales o por medio de estrategias cognitivas como la reevaluación, en la que el individuo cambia, activa y mentalmente, el significado de la situación.

Este planteamiento estaría en consonancia con la teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, Fung y Charles, 2003). De acuerdo con esta teoría, las personas mayores son capaces de regular sus emociones de forma preventiva, seleccionando las situaciones a las que se enfrentan. Dado que sus objetivos vitales se centran en el presente y no tanto en el futuro, las personas mayores se orientan prioritariamente hacia la obtención de bienestar y disfrute, focalizándose deliberadamente hacia la experimentación de emociones positivas (Carstensen et al., 2011). Estudios transculturales avalan esta característica en adultos mayores, tanto de culturas occidentales como orientales (Kwon, Scheibe, Samanez-Larkin, Tsai y Carstensen, 2009).

Otras investigaciones también avalan la mayor capacidad de las personas mayores para autorregular sus emociones. Por ejemplo, Jorm (2000) afirma que el envejecimiento se halla asociado a una disminución en los niveles de ansiedad y depresión, sugiriendo que, entre los posibles factores explicativos, se encontrarían la disminución de la respuesta emocional con la edad, el incremento en el control

emocional, así como una mayor resistencia psicológica a las experiencias estresantes.

La sabiduría parece contribuir significativamente a la autorregulación emocional en la vejez (Meléndez y Cerdá, 2001). En efecto, el saber experiencial adquirido por la persona a lo largo de la vida favorecería la utilización de estrategias de control cognitivo (por ejemplo, la reevaluación positiva de los problemas), a través de las cuales la persona mayor incrementaría la información positiva almacenada en su memoria y disminuiría la negativa (Mather y Knight, 2005).

Así pues, dada su estrecha vinculación con el bienestar psicológico, aprender a identificar, aceptar y autorregular los estados afectivos y emocionales debe constituir uno de los objetivos ineludibles para la promoción del envejecimiento exitoso.

La vida es, en definitiva, un continuo proceso de adaptación y la vejez constituye, a tenor de lo expuesto, una etapa del ciclo vital sometida a importantes cambios físicos y psicosociales que pueden resultar potencialmente estresantes y amenazantes para el bienestar y la calidad de vida del mayor. La posibilidad de ajuste satisfactorio y adaptación a dichos sucesos críticos depende, pues, en buena medida, de la capacidad para gestionar adecuadamente los recursos personales de que dispone de acuerdo con las circunstancias contextuales en las que se desenvuelve.

Actividades de evaluación

- ⇒ Señala qué tipo de estrategias de afrontamiento utilizan, por lo común, las personas mayores. Justifica tu respuesta.
- ⇒ Pon un ejemplo sobre cómo una persona mayor puede utilizar las estrategias de selección, optimización y compensación para resolver un problema al que debe hacer frente.
- ⇒ Explica qué papel desempeña la autorregulación emocional en el envejecimiento exitoso.

3. AUTOACEPTACIÓN, AUTONOMÍA Y DOMINIO DEL ENTORNO EN LA VEJEZ

Objetivos

- ⇒ Acotar conceptualmente las dimensiones de autoaceptación, autonomía y dominio del entorno.
- ⇒ Conocer los principales factores que influyen en el grado de autoaceptación de las personas en la etapa de la vejez.
- ⇒ Analizar la importancia de la autodeterminación en las personas mayores y las estrategias que contribuyen a desarrollarla.
- ⇒ Comprender el papel que desempeña la autoeficacia en el bienestar psicológico de las personas mayores.

Presentación del capítulo

En este capítulo se abordan tres de los recursos personales más relevantes para promover el bienestar psicológico de las personas mayores. El envejecimiento exitoso depende, en buena medida, de la capacidad del individuo para quererse y aceptarse a sí mismo tal y como es, siendo consciente de las potencialidades y limitaciones propias; del grado en que percibe que es agente causal de su propia vida y, por tanto, considera que sus decisiones y acciones son autodeterminadas, así como del grado en que siente que posee el control para hacer frente a las demandas de la vida diaria. Desde esta consideración, se analizan las características que adquieren las dimensiones de autoaceptación, autonomía y dominio del entorno durante la vejez.

3.1. LA DIMENSIÓN DE AUTOACEPTACIÓN

La autoaceptación constituye uno de los criterios centrales del bienestar psicológico, pues es clave para su consecución. Covington (1992) sostiene que la necesidad de autovaloración es inherente al ser humano, y esa necesidad se traduce en una búsqueda universal de la autoaceptación. En efecto, el individuo ha de sentirse bien consigo mismo para poder disfrutar de bienestar, y ello implica tomar conciencia de sus posibilidades, pero también ser capaz de admitir y aceptar sus limitaciones. Se

trata, como señalan Keyes et al. (2002), de una característica fundamental para un funcionamiento psicológico positivo.

3.1.1. Autoconcepto y autoestima

➤ Autoconcepto

Sentirse bien con uno mismo está indudablemente vinculado a nuestro autoconcepto. El *autoconcepto* designa el conjunto organizado de percepciones y creencias (autoesquemas) que la persona mantiene con respecto a sí misma (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976). Estos autoesquemas son, con toda probabilidad, mucho más complejos y específicos que lo determinado meramente a partir de la respuesta a la cuestión acerca de «quiénes somos». Así, dentro de un autoesquema cabría incluir nuestras experiencias pasadas, nuestro conocimiento preciso de cómo somos ahora a diferencia del pasado (identidades sociales, atributos personales, características físicas), así como las representaciones cognitivas sobre nuestras propias metas, aspiraciones y, en general, sobre lo que uno desea lograr o evitar en el futuro (González y Tourón, 1994). En definitiva, el autoconcepto, concebido como un conjunto de autoesquemas, estaría integrado por todos aquellos aspectos que el individuo recuerda, sabe y es capaz de imaginar con respecto a sí mismo, lo que, por otra parte, le sirve de referencia para guiar su comportamiento (Baron y Byrne, 2005).

En la actualidad se sostiene que el autoconcepto constituye una entidad multidimensional, en la medida en que estaría conformado, a su vez, por un autoconcepto académico/laboral, un autoconcepto físico, un autoconcepto personal y otro social (véase figura 3.1). A su vez, cada uno de estos autoconceptos estaría integrado por facetas más específicas. Cuanto más particular sea la dimensión considerada y, por consiguiente, ocupe un lugar inferior en la jerarquía, más susceptible de modificación resultará. Sin embargo, las dimensiones más elevadas de esa jerarquía gozarían de una gran estabilidad temporal.

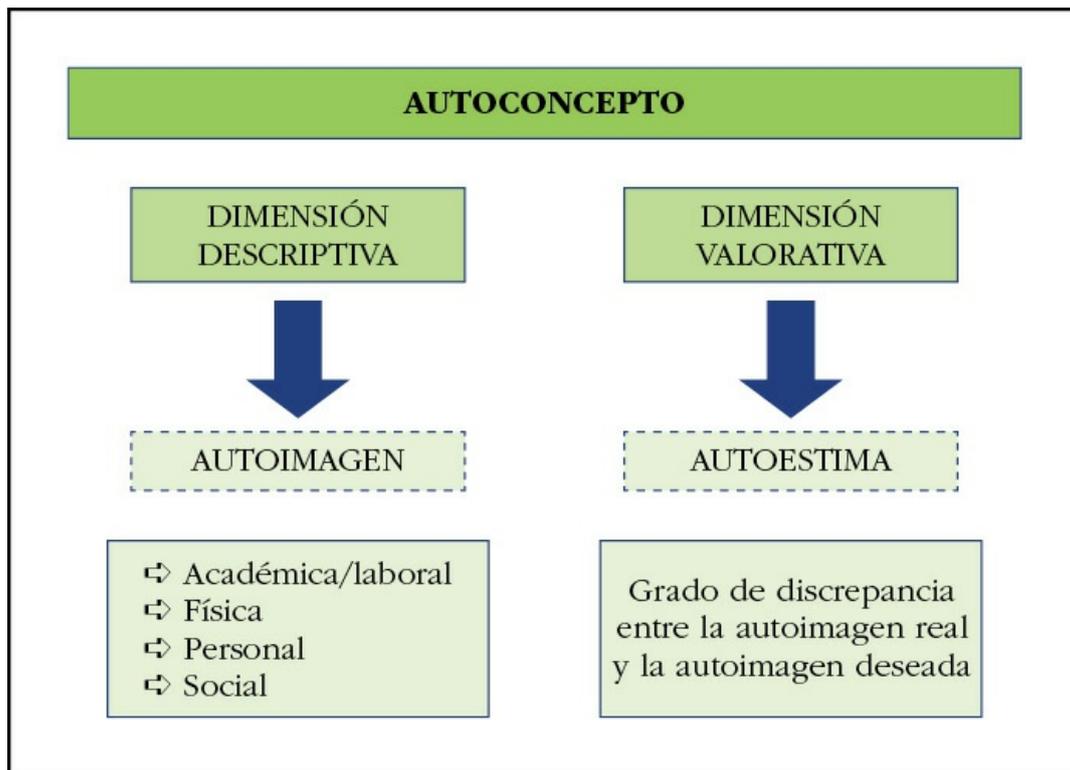


Figura 3.1. Estructura del autoconcepto.

Asimismo, el autoconcepto se hace progresivamente más estable con la edad, y tanto más cuanto más centrales sean las autopercepciones (González y Tourón, 1994), pero puede sufrir cambios graduales fruto de la experiencia en aquellos dominios más específicos sobre los que el individuo no posee un excesivo grado de certeza. En este sentido, parece que es al concluir la adolescencia cuando el individuo logra desarrollar unas autopercepciones relativamente equilibradas, realistas y estables respecto a sus atributos personales, positivos y negativos (Luyckx et al., 2013).

➤ Autoestima

La *autoestima* representa la dimensión evaluativa o valorativa del autoconcepto y, por ende, alude a la actitud que el individuo mantiene hacia sí mismo (véase figura 3.1). Dicha actitud, como señalan Baron y Byrne (2005), puede oscilar entre lo muy negativo y lo muy positivo, a lo largo de un continuo de opciones intermedias que deriva en un sentimiento favorable o desfavorable hacia uno mismo (Leary, Tambor, Terdal y Downs, 1995). La autoestima indica el grado de apreciación que el individuo presenta con respecto a sí mismo; en otras palabras, el valor que éste atribuye a su propia autodescripción, y se expresa en el grado en que se quiere, se acepta y se siente seguro, útil y satisfecho consigo mismo (Huitt, 2009).

En términos generales, una elevada autoestima suele estar asociada a un óptimo ajuste personal y a la autoaceptación (Oñate, 1995): los individuos que presentan una alta autoestima se aceptan y se respetan tal y como son, son conscientes de sus

virtudes y de sus limitaciones y muestran una elevada autoconfianza. No sorprende, por ello, que la alta autoestima se encuentre frecuentemente asociada al afrontamiento directo de los problemas (Ardnt y Goldenberg, 2002), favoreciendo la adaptación social del individuo incluso después de que éste se vea sometido a eventos vitales de valencia negativa (Li, Zhang, Liu y Cao, 2013). Este rol protector de la autoestima ha recibido en la literatura diferentes consideraciones, como, por ejemplo, «modelo de amortiguación del estrés de la alta autoestima» y «modelo de vulnerabilidad de la baja autoestima» (para una revisión, véase Zeigler-Hill, 2011).

Lo realmente relevante de todo lo expuesto anteriormente radica en que un alto nivel de autoestima permite afrontar con mayores garantías de éxito situaciones y acontecimientos estresantes derivados de la actividad cotidiana, incluso aunque se puedan producir fracasos y sucesos que escapen al control personal. En este sentido, el mantenimiento de un buen nivel de autoestima aumenta la resistencia a la frustración y a la crítica y facilita la comunicación con los demás y la petición adaptativa de ayuda.

Por el contrario, la baja autoestima suele ser sinónimo de autorrechazo, insatisfacción y desprecio por uno mismo (González y Tourón, 1994). Lo que resulta alarmante en los casos de individuos que presentan una baja autoestima es que a menudo este tipo de personas perciben y evalúan erróneamente las demandas de la realidad y su capacidad para afrontarla. Incluso desarrollan con facilidad un pensamiento autocrítico negativo que les hace especialmente vulnerables al estrés. De esta manera, una de las más relevantes consecuencias de la baja autoestima es la aparición de distorsiones cognitivas (Oñate, 1995), que pueden definirse como creencias irracionales sobre uno mismo que propician una interpretación distorsionada y negativa de la realidad.

3.2. LA AUTOACEPTACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES

Los importantes cambios físicos, cognitivos y sociales que las personas experimentan a lo largo de la etapa de la vejez van a suponer un importante desafío que amenaza seriamente el bienestar de la persona mayor (Schneller y Vandsburger, 2008). En este sentido, la alta autoestima constituye uno de los ejes fundamentales para el ajuste exitoso al proceso de envejecimiento, mientras que una baja autoestima suele estar asociada a la aparición de depresión en la vejez (Sowislo y Orth, 2013). Desde esta consideración, la alta autoestima se erigiría en un recurso personal determinante en la forma en que el individuo evalúa cognitivamente las situaciones potencialmente estresantes y facilita un comportamiento activo centrado en la resolución de los problemas y en la consecución de resultados positivos (Noriega, Guedea, Álvarez, Albuquerque y Seabra, 2007).

En la medida en que la persona mayor perciba que tiene el control de los acontecimientos que giran en torno a su propia vida, así como sobre los cambios asociados a la vejez, existirán mayores probabilidades de que busque alternativas que

le permitan adaptarse eficazmente a dichos cambios. Por esta razón, en general, en las sociedades occidentales la autoestima suele mantenerse estable incluso a edades muy avanzadas (Huang, 2010; Wagner, Gerstorf, Hoppman y Luszcz, 2013). Así pues, más que a la edad, la autoestima de la persona mayor va asociada a la disponibilidad de recursos personales (variables de personalidad, percepción de apoyo social, salud subjetiva, etc.) (Wagner, Lang, Meyer y Wagner, 2014).

La estrecha vinculación entre autoaceptación y bienestar pone de manifiesto la importancia de planificar e implementar acciones educativas tendentes a fomentar una autopercepción positiva que favorezca el establecimiento de objetivos y metas personales en la vejez. Herrera et al. (2003) sugieren que este tipo de intervenciones deben llevarse a cabo en tres niveles:

- ⇒ Una *intervención primaria*, centrada en evitar situaciones que puedan generar ansiedad, angustia y baja autoestima (p. ej., preparación para la jubilación, para afrontar enfermedades asociadas a la edad, promover actividades socioculturales para mantener activas las relaciones sociales, etc.).
- ⇒ Una *intervención secundaria* dirigida a enseñar a manejar situaciones problemáticas (pérdidas por fallecimiento de familiares y/o amigos, situación de viudedad, pérdida de autonomía...) y a mantener el funcionamiento cognitivo (atención, percepción, memoria, metamemoria, gestión motivacional, etc.).
- ⇒ Una *intervención terciaria*, centrada en incrementar la autoestima y la autoeficacia del mayor, fomentando en la medida de lo posible su autonomía y su percepción de control personal.

➤ **Apoyo social y autoaceptación**

Habida cuenta de que, sea cual sea la etapa del ciclo vital, una de las fuentes más influyentes para la formación de la autoestima radica en el *apoyo social* recibido por el entorno del individuo, la calidad percibida acerca de las relaciones con familiares y amigos se revela como un recurso importante para proteger las autopercepciones del mayor y, en definitiva, para mantener su bienestar. Así, el apoyo social ejerce una influencia directa sobre la autoestima, de tal modo que ésta resulta fortalecida cuando otros significativos le proporcionan seguridad en su valía personal, cuidados, cariño y confianza, lo que redundará, a su vez, en una disminución del estrés experimentado. Por otra parte, a través del refuerzo de la autoestima, el apoyo social influye indirectamente en la mejora del bienestar psicológico, en tanto que la autoestima positiva constituye un factor motivacional de primer orden para preservar dicho bienestar (Krause, 1987).

Kim y Nesselroade (2003) enfatizan también la importancia de la autoestima como variable mediadora de los efectos del apoyo social sobre el bienestar físico y psicológico del mayor y, en consecuencia, se erige en un importante recurso psicológico a la hora de afrontar con éxito eventos vitales estresantes. Sin embargo,

los resultados de su investigación sugieren que el apoyo social negativo (esto es, percepción de falta de apoyo por parte de familiares y/o amigos) constituye un mejor predictor del bienestar que el apoyo social positivo. Así, la percepción de apoyo negativo merma la autoestima del individuo, lo que a su vez hace disminuir su bienestar psicológico. Sin embargo, el apoyo social positivo no siempre correlacionaba positivamente con la autoestima en el mayor. Sobre la base de estos resultados, podría concluirse que el peso que ejerce el apoyo social sobre la autoestima puede llegar a ser más importante en sentido negativo (la falta de apoyo percibido favorecerá una autoestima más baja) que positivo (un buen apoyo reforzará la autoestima).

➤ **Institucionalización y autoaceptación**

Otro factor determinante para la autoaceptación de la persona mayor puede constituirlo la institucionalización. En este sentido, la institucionalización puede suponer un factor amenazante para la autoaceptación del mayor. Ello puede ser debido a que la institucionalización a menudo conlleva la pérdida de los vínculos afectivos y el apoyo familiar, así como la disminución de la actividad en general de la persona, lo cual puede derivar en una autovaloración más negativa (Canto y Castro, 2004). Efectivamente, como señalan Herrero y Gracia (2005), la pérdida de relaciones íntimas y significativas y el escaso nivel de apoyo social que, con frecuencia, definen la vida en las residencias de mayores disminuyen los sentimientos de control y libre elección. Como resultado, la institucionalización correlaciona con un peor ajuste biopsicosocial, niveles más bajos de apoyo social, una autoestima familiar y física más negativa, un peor estado de salud y mayores niveles de depresión que aquellos que viven insertos en la comunidad.

Por esa razón estos autores abogan, cuando la institucionalización sea inevitable, por proporcionarle al mayor fuentes de apoyo (informales e institucionales) con el fin de intentar proteger su percepción de control, su identidad, su valía, su autoconfianza y su autoestima, en aras de promocionar su bienestar y su calidad de vida, especialmente en la fase de adaptación a la nueva situación.

Estos hallazgos evidencian, una vez más, la relevancia de los sistemas informales de apoyo social en la prevención de problemas psicológicos de las personas mayores, especialmente entre aquellas institucionalizadas. Ahora bien, conviene no olvidar que hay ciertas tareas que los sistemas informales de apoyo, debido a su falta de preparación, no pueden asumir; de ahí que no deba ignorarse el importante rol desempeñado también por los sistemas profesionales de ayuda. Este tipo de servicios formales de atención a mayores logran, en general, incrementar su autoestima y su bienestar psicológico (Baldock y Hadlow, 2002; Meeks, Van Haitsma, Kostiwa y Murrell, 2012). Tales servicios suponen un apoyo para la persona mayor, que no hace sino disminuir el sentimiento de soledad, el cual constituye uno de los elementos más problemáticos en la vejez (Meléndez, 1998b).

3.3. LA DIMENSIÓN DE AUTONOMÍA

La autonomía se erige en uno de los valores más importantes y apreciados por los seres humanos. Durante la infancia, las personas se afanan por conseguir una independencia física que les permita satisfacer por sí mismas sus necesidades fisiológicas fundamentales (comer, asearse, vestirse, etc.). Más adelante, conforme se van adentrando en la adolescencia y juventud, y una vez satisfechas sus necesidades más primarias, los individuos van conduciéndose paulatinamente hacia el logro de una autonomía lo más plena posible, definida por la capacidad de autodeterminación, de regirse por estándares autorreferidos, de autorregular su conducta y de sostener su propia individualidad en diferentes contextos (Ryff y Keyes, 1995). Dichas capacidades tratan de conservarse durante la vejez, etapa en la que crecen exponencialmente las probabilidades de padecer alguna discapacidad o limitación física y/o cognitiva que pueda amenazar la autonomía personal de los individuos.

Un dato que refleja claramente la valía que la autonomía adquiere para nuestro bienestar psicológico es el creciente miedo a la dependencia que caracteriza a nuestras sociedades occidentales contemporáneas (Cordingley y Webb, 1997). En este sentido, algunos estudios indican que entre la población adulta existe un elevado temor a envejecer debido, principalmente, a la posibilidad de perder su independencia (Hockey y James, 1993), expresando sus preferencias por morir más prematuramente si con ello se logra evitar dicha situación (Seale y Addington-Hall, 1994).

A pesar de que existe la creencia generalizada de que la vejez equivale a un período irremisiblemente ligado a la dependencia y a la falta de autonomía personal, la realidad es que esta percepción no es más que una mera construcción cultural. En efecto, con frecuencia son factores sociales (ideas y prejuicios basados en el modelo médico tradicional, carencia de servicios y apoyos, etcétera) los que contribuyen a la categorización del grupo de mayores como personas dependientes, y, en consecuencia, se les reducen las oportunidades para que se mantengan activos y con una alta percepción de autovalía (Ng, Monin, Allore y Levin, 2016; Ramírez y Palacios-Espinosa, 2016). En el ámbito de la gerontología se ha acuñado el término *edadismo* para aludir al modo en que la sociedad juzga y describe peyorativamente a un individuo basándose exclusivamente en su edad cronológica avanzada. Y estas creencias estereotipadas a menudo desembocan en profecías autocumplidas, puesto que el mayor acaba por comportarse y actuar conforme a dichas expectativas (Montorio y Losada, 2004).

Un primer e ineludible paso para romper y superar los estereotipos vinculados al «edadismo» y adquirir una visión más precisa y ajustada sobre la vejez requiere delimitar y diferenciar los conceptos de *autonomía personal*, *dependencia*, *autonomía funcional* y *discapacidad*, términos que forman parte de nuestro vocabulario cotidiano pero que a menudo son empleados con excesiva ligereza e imprecisión y, en ocasiones, como sinónimos.

➤ **Autonomía personal**

La autonomía personal constituiría una necesidad psicológica básica y determinante para nuestro bienestar. Kasser y Ryan (1999) subrayan que lo que hace que esta dimensión sea tan central y determinante es su carácter volitivo, esto es, la percepción de que el propio comportamiento emana de, y es llevado a cabo por, uno mismo, en consonancia con su libertad y capacidad de decisión sobre la propia vida (Pardo, 2005).

Este carácter volitivo es, precisamente, uno de los rasgos característicos y distintivos de la *autodeterminación*. Este constructo ha ido adquiriendo una enorme relevancia en el campo de la psicología en los últimos años. Si bien se han desarrollado múltiples definiciones y conceptualizaciones en torno a este tópico, una de las que mayor aceptación y repercusión han tenido es la propuesta por Wehmeyer (véase Wehmeyer, Peralta, Zulueta, González-Torres y Sobrino, 2006), quien señala que la autodeterminación alude al conjunto de habilidades y actividades que precisa un individuo para actuar como agente causal de su propia vida, así como para realizar elecciones y tomar decisiones en relación con su propia calidad de vida, libre de interferencias o influencias externas innecesarias.

➤ Dependencia

La dependencia se define por la falta o la pérdida de autonomía física, sensorial y/o mental, que sobreviene como resultado de un déficit en el funcionamiento del individuo como resultado de una enfermedad o de un accidente. En consecuencia, el individuo precisa una ayuda significativa, mediante dispositivos o a través de otras personas, para la realización de las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD, respectivamente). Estas ayudas, por tanto, pueden hacer referencia al cuidado personal (aseo, vestido, comida, etc.), el autocuidado (prevenir enfermedades o buscar asistencia sanitaria, entre otros), la movilidad en el hogar y/o el desplazamiento fuera de él, así como aspectos básicos del funcionamiento mental (reconocer personas, objetos y lugares, orientación espacio-temporal, etcétera).

Montorio y Losada (2004) señalan que la dependencia puede aludir también a otras dos áreas de funcionamiento: la dependencia social, vinculada a la pérdida de seres queridos o de relaciones significativas para el individuo, y la dependencia económica, que tiene lugar cuando éste deja de ser un miembro activo de la sociedad, esto es, deja de cotizar en el mercado laboral. Además, como señalan Fine y Glendinning (2005), estas áreas no son excluyentes entre sí, sino que pueden concurrir y, de hecho, así suelen hacerlo en un momento dado del ciclo vital, como es el caso de la vejez. Esta interacción puede conducir a la exacerbación del impacto ocasionado por la dependencia.

Sobre la base de las consideraciones efectuadas, la dependencia, determinada por la incapacidad para llevar a cabo, por uno mismo y sin ayudas externas, alguna de las actividades de la vida diaria, no comporta necesariamente una ausencia de autonomía personal, en tanto en cuanto la persona puede seguir disponiendo de su capacidad para controlar su propia vida y tomar decisiones por sí misma. Es decir, la pérdida o

la falta de autonomía a la que se alude cuando nos referimos a la dependencia es una autonomía funcional. Ahora bien, evidentemente, cuando se produce un declive psíquico que afecta a la capacidad de decisión y control sobre la propia vida, el individuo pierde su autonomía personal y, en consecuencia, también su autonomía funcional. Por consiguiente, la ausencia de autonomía personal conlleva aparejada necesariamente una situación de dependencia, pero ésta no siempre supone la pérdida de autonomía personal.

➤ Discapacidad y autonomía funcional

Directamente vinculado a la pérdida de autonomía funcional se encuentra el concepto de *discapacidad*, el cual es definido por la OMS (1990) como toda restricción o falta de habilidad para llevar a cabo una actividad en la forma y rango considerados normales para el ser humano. De acuerdo con esta definición, es preciso entender la discapacidad como la brecha existente entre las capacidades del individuo (determinadas en parte por su estado de salud) y las demandas que le impone su medio físico y social.

La estrecha relación entre discapacidad y dependencia es evidente, puesto que la primera constituye un atributo inseparable de la segunda, esto es, todo individuo dependiente tiene una discapacidad (esto es, una limitación en su capacidad funcional). Sin embargo, no todas las personas con discapacidad son dependientes, dado que existen diversos grados de discapacidad, algunos de los cuales no limitan la capacidad de autonomía funcional del individuo sino que simplemente la merman parcialmente.

Así pues, la evaluación de la dependencia precisa determinar el grado de autonomía o de competencia funcional del individuo para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD). Por consiguiente, la *autonomía funcional* es un concepto que alude a la capacidad del individuo para ejecutar satisfactoriamente dichas actividades (Montorio, Izal, Colodrón y Losada, 2002). Más concretamente, puede definirse como el grado en que el individuo es capaz de valerse por sí mismo y desarrollar un comportamiento independiente, puesto que posee las habilidades necesarias para realizar las AVD básicas e instrumentales.

A modo de síntesis, en las tablas 3.1 a 3.3 se presenta la interrelación existente entre autonomía personal, autonomía funcional, dependencia y discapacidad.

TABLA 3.1
Delimitación conceptual de autonomía personal, autonomía funcional, discapacidad y dependencia

AUTONOMÍA PERSONAL	AUTONOMÍA FUNCIONAL	DISCAPACIDAD	DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Control sobre la propia vida. ⇨ Libertad para elegir, tomar y poner en 	Capacidad para valerse por uno mismo a la hora de llevar a cabo las ABVD y/o las AIVD.	Limitación o ausencia de autonomía funcional.	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Ausencia de autonomía funcional para realizar las ABVD y/o las AIVD.

práctica decisiones respecto al modo de pensar y de actuar.

⇒ Necesidad de ayudas o apoyos externos (humanos o materiales) para la realización de las ABVD y/o las AIVD.

TABLA 3.2
Impacto de la autonomía personal y la ausencia de autonomía personal sobre la autonomía funcional, la discapacidad y la dependencia

	AUTONOMÍA FUNCIONAL	DISCAPACIDAD	DEPENDENCIA
AUTONOMÍA PERSONAL	Puede verse afectada, pero no necesariamente.	No necesariamente.	No necesariamente.
NO AUTONOMÍA PERSONAL	No autonomía funcional.	Sí.	Sí.

TABLA 3.3
Impacto de la autonomía funcional y la ausencia de autonomía funcional sobre la autonomía personal, la discapacidad y la dependencia

	AUTONOMÍA PERSONAL	DISCAPACIDAD	DEPENDENCIA
AUTONOMÍA FUNCIONAL	Sí.	No.	No.
NO AUTONOMÍA FUNCIONAL	Puede verse afectada, pero no necesariamente.	Sí.	Sí.

3.4. LA AUTONOMÍA EN LAS PERSONAS MAYORES

La promoción de la autonomía personal de las personas mayores debe constituir un objetivo prioritario e ineludible por parte de las políticas sociales gubernamentales en tanto en cuanto se erige en una piedra angular de su bienestar psicológico y su calidad de vida. En este sentido, Montorio et al. (2002) apuestan por el desarrollo de iniciativas de prevención, formación, campañas publicitarias y cuantos recursos de apoyo sean precisos para modificar las creencias y estereotipos sociales que predominan en torno a la vejez. Se trata de incrementar la concienciación social en torno a lo que constituye el envejecimiento normal, entendiéndolo como un proceso más del ciclo vital (Daichman, 2001). En definitiva, soluciones encaminadas a la puesta en marcha de actuaciones, tanto a nivel familiar y comunitario (sistema de cuidados informales) como a nivel institucional (sistema formal), que potencien en la medida de lo posible la autonomía personal y funcional del mayor, con independencia del tipo y grado de discapacidad que éste presente, fomentando la adquisición y permanencia de las habilidades de la vida diaria y su vida social, evitando situaciones

de aislamiento (Aguado y Alcedo, 2004).

El objetivo es, precisamente, evitar el exceso de discapacidad del mayor, derivado de factores psicológicos (p. ej., miedo a las caídas, depresión) o contextuales (p. ej., edadismo) que obstaculizan el desarrollo de la conducta autónoma y propician un declive funcional mayor del que determinan otros factores irremediables tales como la fragilidad o el deterioro cognitivo. En esta línea, Malmberg et al. (2002) señalan que la investigación debería encaminarse a la identificación de los factores de riesgo (véase figura 3.2) para la aparición de la discapacidad funcional y colaborar con los servicios públicos de salud en el desarrollo de programas para la prevención y/o la modificación de estos factores de riesgo.

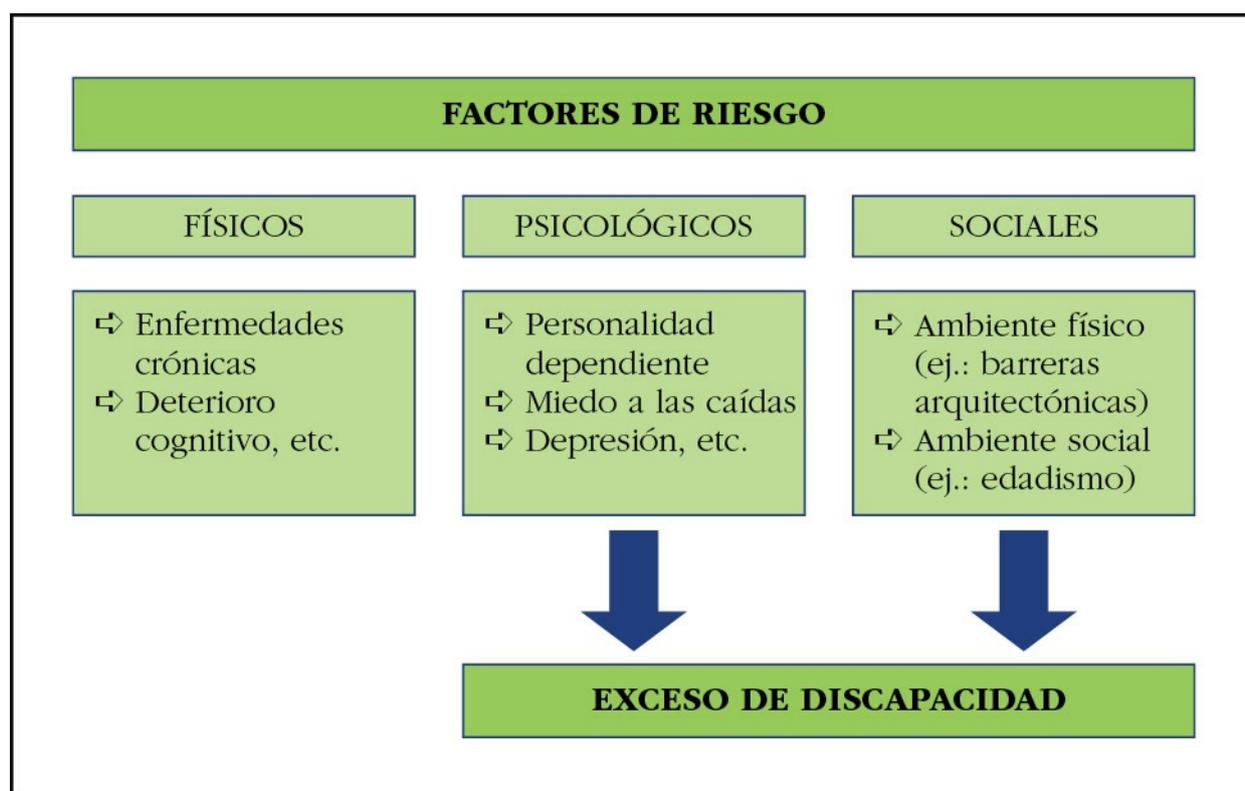


Figura 3.2. Principales factores de riesgo que dificultan la conducta autónoma.

Montorio y Losada (2004) formulan las siguientes recomendaciones de cara a favorecer y potenciar la autonomía personal y funcional del mayor:

- ⇨ Acondicionar adecuadamente el entorno del mayor con el fin de facilitar el desarrollo de conductas autónomas.
- ⇨ Observar a la persona mayor para conocer con precisión qué actividades de la vida diaria puede desarrollar por sí misma. En consecuencia, no se le debe prestar más ayuda de la estrictamente necesaria en tales tareas, esto es, cuando realmente no pueda desarrollarlas por sí sola.
- ⇨ Comportarse con la persona mayor de tal modo que se fomente su autonomía, lo que implica reforzar sus conductas autónomas e ignorar (no prestar atención) aquellos comportamientos excesivamente dependientes.

- ⇨ Responder adecuadamente cuando la persona ponga objeciones a nuestros intentos por fomentar su autonomía: animándole, mostrándole nuestra confianza en su capacidad para lograr realizar la tarea por sí misma, siendo persistentes en nuestro comportamiento, etc.
- ⇨ Potenciar la autonomía personal de la persona dependiente: darle oportunidades para que realice elecciones y tome decisiones en torno a tareas o situaciones que atañen a su propia vida, de tal modo que sienta que tiene el control sobre ésta.

➤ **La promoción de la autodeterminación en las personas mayores**

De cara a conseguir la implicación social e institucional en la promoción de la autonomía de las personas mayores, es preciso volver a recalcar que, si bien la prevalencia de la dependencia se incrementa con la edad (Álvarez y Sicilia, 2007; Malmberg et al., 2002), no debe equipararse la falta de autonomía funcional a la falta de autonomía personal. Esta confusión puede dar lugar a la privación de la capacidad de decidir y de tomar decisiones por sí misma de la persona dependiente (Pérez, 2006), negándosele su derecho a tener el control sobre su propia vida. Ha de tenerse muy presente que el deseo de obtener el control sobre la propia vida, así como sobre las decisiones y elecciones que tienen impacto en la calidad de vida de uno mismo, es universal, esto es, se encuentra presente en todos los individuos, sean o no dependientes (Wehmeyer, 1998).

De hecho, existe evidencia de que la práctica habitual de comportamientos autodeterminados durante la etapa de la vejez favorece que las personas mayores satisfagan sus necesidades vitales y sus valores centrales de autonomía personal y satisfacción con la vida (Nix, Ryan, Manly y Deci, 2009; Stephan, Fouquereau y Fernández, 2008) y experimenten altos niveles de propósito en la vida y crecimiento personal (Ferrand, Martinent y Durmaz, 2014).

➤ **Institucionalización y autodeterminación**

Existe la creencia generalizada de que la institucionalización supone una limitación importante para la autonomía personal y funcional del mayor. En este sentido, Rojas et al. (2006) afirman que dicha institucionalización constituye un claro motivo de vulnerabilidad para las personas mayores en tanto en cuanto éstos corren un serio riesgo de perder la capacidad para ejercer el control sobre sus propias vidas. El fomento de la pasividad y la dependencia por parte de los profesionales de las instituciones residenciales, muchas veces motivado por sus bajas expectativas hacia los residentes, conlleva la existencia de altas restricciones para realizar de forma autónoma las AVD básicas e instrumentales (véase, por ejemplo, Custers, Westerhof, Kuin, Gerritsen y Riksen-Walraven, 2010).

Cabe plantearse si la autonomía personal y funcional constituye una dimensión tan relevante para los mayores institucionalizados como para los que continúan viviendo

en la comunidad o si, por el contrario, aquéllos asumen el papel eminentemente pasivo y dependiente que se les suele otorgar en las residencias sin que ello les afecte negativamente desde el punto de vista psicológico. En este aspecto, existe una rotunda unanimidad dentro de la investigación gerontológica a la hora de subrayar la importancia que para el ajuste psicológico de los residentes tiene seguir disponiendo de su autonomía personal (Ferrand et al., 2014; Kasser y Ryan, 1999; Philippe y Vallerand, 2008).

Por el contrario, cuando los mayores institucionalizados perciben que carecen de autonomía personal, experimentan altos niveles de estrés subjetivo y suelen recurrir en mayor medida a estrategias cognitivas de afrontamiento (Saup, 1987). Este fenómeno, conocido como *síndrome de la institucionalización*, a menudo ocasiona en las personas mayores síntomas de apatía, indiferencia, dificultad para expresar y mostrar sentimientos, deterioro cognitivo o disminución de la autonomía personal y funcional. Por el contrario, aquellos mayores institucionalizados que sí disponen de oportunidades para desarrollar su autonomía suelen recurrir a estrategias centradas en el problema.

➤ **Dependencia, discapacidad y autodeterminación**

Muchas personas asumen erróneamente que la existencia de una discapacidad funcionalmente limitante coarta la capacidad de autodeterminación del individuo discapacitado. No cabe duda de que el grado de autonomía funcional de que dispone un individuo influye en el grado en que éste puede alcanzar un mayor nivel de autodeterminación. Sin embargo, las investigaciones al respecto sugieren que el nivel de autodeterminación que presenta un individuo se ve afectado por factores contextuales en igual o mayor medida que por factores personales tales como una discapacidad (Wehmeyer, 2006).

Indudablemente, este tipo de personas poseen menos habilidades para actuar como tales agentes causales y, por consiguiente, gozarán de una menor autodeterminación, pero hay ciertos componentes de la conducta autodeterminada sobre los que sí pueden tomar partido de forma activa, como, por ejemplo, realizar elecciones o tomar decisiones personales de forma volitiva e intencional, o participar en la planificación y fijación de objetivos en relación con su rehabilitación, con lo que se convierten en individuos *más* autodeterminados. El objetivo no es fomentar el control de estas personas, sino capacitarlas para que actúen volitivamente y sean agentes causales de sus vidas.

3.5. LA DIMENSIÓN DE DOMINIO DEL ENTORNO

El crecimiento personal va íntimamente ligado a la capacidad para seleccionar y conducirse con éxito en aquellos entornos físicos y sociales que posibiliten el pleno desarrollo de las potencialidades personales. Es, por tanto, preciso lograr un alto

dominio o control de nuestro entorno para poder gozar de un óptimo bienestar psicológico. Asimismo, la falta de control ambiental produce en el individuo serios déficits cognitivos, motivacionales y afectivos (Seligman, 1975).

Alcanzar un elevado dominio del entorno requiere, entre otros aspectos, que el individuo posea altos niveles de autonomía y de autoaceptación. Sin embargo, el concepto clave, y que determina en gran medida esa capacidad de elegir y aprovechar las oportunidades que nos proporciona el ambiente, es el de *control percibido*.

La mayoría de las teorías sobre el control percibido coinciden en señalar que las personas que experimentan un elevado control optan por tareas desafiantes, puesto que éstas les resultan más interesantes y divertidas (Bandura, 1989). Asimismo, se proponen metas elevadas pero concretas, lo que facilita su rendimiento (Schunk, 1990), elaboran planes más eficaces de acción y se esfuerzan por llevarlos a cabo, persisten cuando surgen contratiempos o adaptan sus planes a las situaciones (Kuhl, 1984). Todo ello les llevaría a experimentar emociones positivas como interés, diversión, satisfacción u optimismo, lo cual repercutiría muy positivamente en aquellas actividades que demandan altos niveles de capacidad de procesamiento cognitivo (Skinner, 1995). Por el contrario, las personas con escaso control percibido seleccionarían tareas excesivamente fáciles o bien actividades difíciles, de manera que su capacidad no pudiese quedar en evidencia (Heckhausen, 1991), y experimentarían más emociones negativas y estrés debido a su constante preocupación por las consecuencias del fracaso (Diener y Dweck, 1978), lo cual interferiría en su capacidad de concentración y de procesamiento (Skinner, 1995).

➤ **Expectativas de autoeficacia**

Uno de los factores que influyen en mayor medida en el control percibido es la expectativa o creencia de autoeficacia. Esta expectativa fue definida por Albert Bandura (Bandura, 1977) como la percepción del individuo en relación a su competencia para ejecutar una tarea, alcanzar una meta o superar un determinado obstáculo con éxito.

La clave de este concepto radica no en si el individuo posee o no las habilidades precisas para llevar a cabo la acción, sino en sus propias creencias al respecto, puesto que este juicio va a ejercer un papel decisivo en su motivación a la hora de iniciar y persistir en un determinado curso de acción. Cuanta más confianza muestre el individuo en su propia competencia ante una determinada situación, mayores serán las probabilidades de que intente afrontarla y se esfuerce y persista por superar las dificultades surgidas.

La autoeficacia influye, por tanto, en la forma en la que el individuo piensa, siente y actúa, esto es, en sus procesos cognitivos, afectivos y motivacionales (para una revisión, véanse Bandura, 2012; Schwarzer, 2014):

⇒ *Procesos cognitivos*: la percepción de autoeficacia del individuo afecta a las tareas, situaciones y cursos de acción que éste escoge para llevar a cabo. De

esta manera, tendemos a involucrarnos en aquellas actividades en las que nos sentimos competentes y confiamos en poder superar con éxito, mientras que tratamos de evitar aquellas cuyo abordaje consideramos poco factible. Por otro lado, cuanto más competente se perciba el individuo, y más sólidas sean sus expectativas de autoeficacia, más elevados serán los retos en los que se involucrará y más firme será su compromiso a la hora de afrontarlos. Asimismo, la autoeficacia determina el modo en que el individuo percibe y procesa la información. De hecho, las personas que presentan una alta autoeficacia percibida tienden a visualizar situaciones de éxito que les sirven de guía para la consecución de los objetivos propuestos. Sin embargo, los individuos que se perciben como ineficaces tienden a visualizar situaciones de fracaso y se recrean mentalmente en diferentes aspectos que pueden ir mal.

- ⇒ *Procesos afectivos*: es frecuente que los individuos con una baja autoeficacia percibida magnifiquen la gravedad y complejidad de los problemas que deben afrontar, lo que puede dar lugar a que experimenten ansiedad, estrés, depresión y desarrollen una visión pesimista sobre su capacidad para superar tales problemas. Por ello, tan relevante es que el individuo se perciba a sí mismo con eficacia para afrontar una determinada situación como que se perciba competente para controlar los pensamientos desadaptativos que se activan automáticamente ante situaciones amenazantes, las cuales constituyen el origen de las emociones negativas experimentadas por el individuo. Ambos factores —eficacia autopercebida para afrontar una determinada situación y para controlar los pensamientos disfuncionales— operan en la misma dirección de cara a reducir los estados emocionales negativos y las conductas de evitación.
- ⇒ *Procesos motivacionales*: la autoeficacia influye en la autorregulación de la motivación. Ello se refleja en la cantidad de esfuerzo y recursos personales dedicados a una determinada tarea, así como en el grado de persistencia a la hora de superar los obstáculos surgidos mientras ésta se lleva a cabo. Cuanto mayores sean las creencias de autoeficacia del individuo, mayores serán su esfuerzo y su persistencia dirigidos al logro. Por otro lado, la autoeficacia también influye en el modo en que la persona logra sobreponerse ante experiencias de fracaso: mientras que los individuos que dudan sobre su propia capacidad suelen desistir en sus esfuerzos orientados al logro o abandonan apresuradamente una tarea antes de concluirla, aquellos que confían en su propia competencia dedicarán grandes esfuerzos orientados al dominio de la tarea. A su vez, el grado de autoeficacia percibida puede aumentar o disminuir la motivación, de tal modo que las personas con una elevada autoeficacia suelen estar motivadas para llevar a cabo grandes desafíos y establecerse objetivos y metas elevadas.

Por otro lado, la autoeficacia mantiene una relación positiva con la salud y el bienestar psicológico. En efecto, la investigación revela que los altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo

y su bienestar general. En este sentido, cuanto mayor es la expectativa de autoeficacia, mayor es la tendencia a implicarse en conductas saludables tales como hacer ejercicio regularmente, prevenir enfermedades y recurrir a estrategias cognitivas efectivas para el control de la ansiedad, el estrés o la depresión (Kangas, Baldwin, Rosenfield, Smits y Rethorst, 2015). Asimismo, las personas con elevada autoeficacia suelen presentar una mejor salud autopercibida y se recuperan más rápidamente de las enfermedades que los individuos con baja autoeficacia (Grembowski et al., 1993).

3.6. EL DOMINIO DEL ENTORNO EN LAS PERSONAS MAYORES

Los importantes desafíos vitales a los que ha de hacer frente la persona en la vejez en los planos físico, cognitivo y social pueden suponer una amenaza para su bienestar psicológico. Disponer de una elevada percepción de dominio sobre el entorno físico y social constituye un recurso personal de gran importancia de cara a lograr una óptima adaptación a estos cambios.

En este sentido, el aislamiento social y la pérdida de estímulos vitales en los que se puede ver sumida la persona mayor a consecuencia de circunstancias como la jubilación o el fallecimiento de amigos o del cónyuge precisan elevados niveles de autoeficacia para afrontar y superar con éxito estos importantes cambios. De acuerdo con Bandura (1994), dichos cambios demandan al mayor habilidades interpersonales que le permitan construir nuevos vínculos sociales de apoyo, mantener una vida activa y establecer metas y propósitos vitales por los que luchar, todo lo cual redundará, en último término, en una mejora de su bienestar. Por contra, una baja percepción de autoeficacia social puede propiciar que el mayor cada vez se implique en un menor número de actividades, lo que lo sume en una vida monótona y sin apenas desafíos que le mantengan activo desde el punto de vista cognitivo.

Para Yanguas (2006), la autoeficacia percibida disminuye gradualmente entre los 55 y los 85 años de edad, en buena medida debido a la aparición de enfermedades crónicas que pueden mermar su nivel de ejecución efectiva en tareas y situaciones que hasta la aparición de la enfermedad dominaba. Sin embargo, también puede producirse un *feedback* negativo proveniente de otras fuentes de información. Así, es probable que las experiencias vicarias proporcionen a la persona mayor ejemplos de otras personas que consideran similares a ella y que no son capaces de responder adecuadamente a las circunstancias que han de afrontar; o ejemplos de individuos que se encuentren en situación de dependencia de terceras personas para la realización de determinadas actividades cotidianas. Todo ello puede inducirle a pensar que ella tampoco será capaz de llevarlas a cabo. Por otro lado, es muy posible que determinadas experiencias de fracaso produzcan en el mayor un estado emocional de ansiedad que obstaculizará más si cabe su nivel de ejecución efectivo.

Desde esta perspectiva, el declive cognitivo que a menudo el entorno sociocultural achaca al envejecimiento biológico podría deberse no tanto a este hecho como a un

descenso en las expectativas de autoeficacia del mayor. Estas bajas expectativas serían el resultado tanto de los prejuicios socioculturales en relación con el declive físico y cognitivo propio del envejecimiento como del aislamiento y la pérdida de interés del mayor por mantenerse activo y participativo en su entorno como consecuencia de los factores anteriormente señalados (véase figura 3.3). A medida que la persona mayor deja de ejercitar y poner a prueba su capacidad cognitiva en su vida diaria, se va produciendo un paulatino declive en el funcionamiento cognitivo y conductual que hace disminuir las expectativas de autoeficacia. A su vez, este descenso en la percepción de competencia personal conduce a una progresiva pérdida de interés en el mayor por mantenerse activo y establecer metas y propósitos vitales a alcanzar.

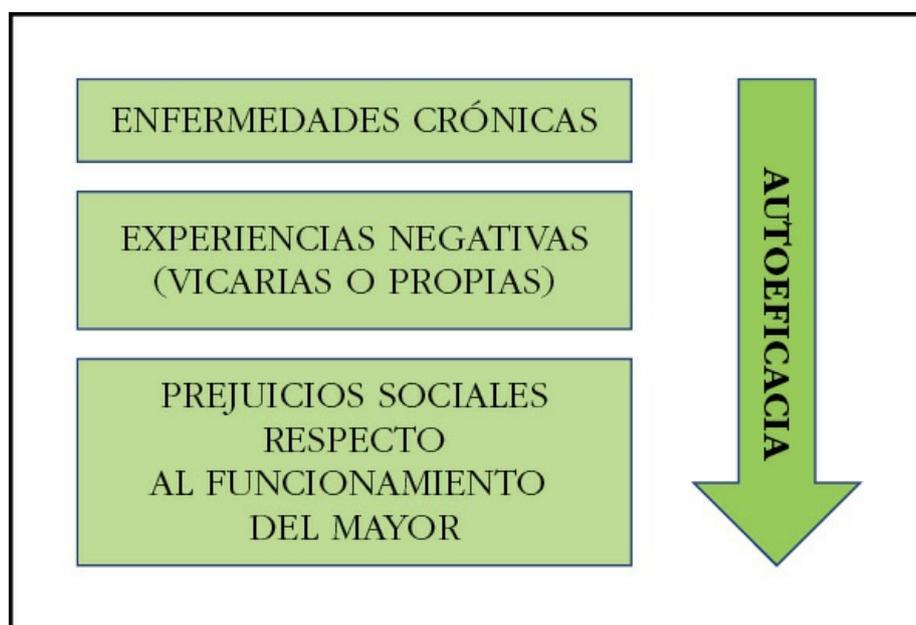


Figura 3.3. Factores que disminuyen la autoeficacia en la vejez.

La influencia decisiva de factores personales (p. ej., bajas expectativas de autoeficacia) y contextuales en el declive cognitivo del mayor (p. ej., estereotipos culturales negativos en relación con el envejecimiento y la capacidad de memoria de las personas mayores) fue objeto de análisis en un estudio comparativo entre individuos jóvenes (19-26 años de edad) y de avanzada edad (61-92 años de edad) llevado a cabo por Desrichard y Köpetz (2005). El estudio planteaba la hipótesis de que aquellos mayores con expectativas de autoeficacia más bajas rendirían peor en pruebas de memoria cuando el evaluador les enfatizaba el carácter memorístico de la tarea (dados los estereotipos culturales negativos en relación con el rendimiento de las personas mayores en este tipo de tareas), mientras que aquellos con altas expectativas de autoeficacia no se verían afectados por esta manipulación. Los resultados del estudio confirmaron esta hipótesis, lo que parece sugerir, tal y como señalan sus autores, que tanto los estereotipos negativos en relación con su escasa capacidad de memoria como la baja eficacia autopercibida en este tipo de tareas

generan elevados niveles de ansiedad en el mayor que le llevan a confirmar dichos estereotipos, así como sus propias expectativas de autoeficacia. Sin embargo, estos mismos resultados se dieron en el grupo de jóvenes, lo cual parece indicar que las frecuentes pérdidas de memoria que a menudo se atribuyen al proceso natural de envejecimiento no son tanto producto de este hecho sino que están determinadas en buena medida por variables personales como la autoeficacia y variables contextuales como los prejuicios y estereotipos socioculturales.

Sin embargo, cuando la percepción de control que la persona mayor tiene respecto a su propia vida es elevada, suele manifestarse una alta motivación por implicarse y persistir en el desarrollo de actividades saludables, las cuales favorecen un óptimo funcionamiento físico y psicológico (Schneller y Vandsburger, 2008) y, en última instancia, contribuyen significativamente a mantener un alto nivel de bienestar psicológico durante la vejez (Gerstorff et al., 2014).

Actividades de evaluación

- ⇒ Cita algunos ejemplos de posibles medidas de intervención primaria, secundaria y terciaria tendentes a favorecer la autoaceptación en las personas mayores.
- ⇒ Explica las diferencias entre autonomía personal, autonomía funcional, discapacidad y dependencia.
- ⇒ ¿Es posible que una persona mayor en situación de dependencia sea autodeterminada? Justifica tu respuesta.
- ⇒ ¿Se perciben las personas mayores menos autoeficaces que los adultos jóvenes para afrontar las demandas de la vida diaria? Razona tu respuesta.

4. RELACIONES POSITIVAS Y PROPÓSITOS VITALES EN LAS PERSONAS MAYORES

Objetivos

- ⇒ Conocer las principales características de las relaciones sociales en la vejez.
- ⇒ Valorar el papel de las fuentes de apoyo social en el bienestar psicológico de la persona mayor.
- ⇒ Analizar las metas y objetivos vitales que asumen las personas al adentrarse en la vejez.
- ⇒ Comprender la importancia que adquiere la atribución de un propósito a la propia vida para el bienestar psicológico de la persona mayor.

Presentación del capítulo

El bienestar psicológico de las personas mayores depende en buena medida de la existencia de vínculos íntimos y de confianza con otras personas, así como de la atribución de un significado y propósito a la propia existencia. A lo largo del capítulo se aborda cómo son las relaciones sociales en esta etapa de la vida y se analiza el fenómeno de la soledad. Se aportan algunas claves para proveer un buen apoyo social a los mayores. Asimismo, se expone la importancia que adquiere la atribución de un sentido de propósito a la vida en esta etapa, incidiendo en los cambios que experimentan las metas y objetivos vitales en la vejez.

4.1. LA DIMENSIÓN DE RELACIONES POSITIVAS CON OTRAS PERSONAS

Ryff y colaboradores (Ryff y Keyes, 1995; Ryff y Singer, 2000) han definido las relaciones positivas con otras personas como la situación en la que el individuo posee vínculos íntimos, satisfactorios y de plena confianza con otros individuos. Este tipo de vínculos interpersonales «están universalmente considerados fundamentales para una existencia óptima» (Ryff y Singer, 2000, p. 30) y, por consiguiente, constituyen un elemento esencial para el bienestar psicológico humano. En efecto, como seres

eminentemente sociales que somos, las personas dedicamos una buena parte de nuestras vidas a interactuar con otros individuos, a buscar su aceptación y a desarrollar un sentimiento de pertenencia e interdependencia con algún colectivo social. Esta interdependencia es un elemento básico en toda relación cercana, puesto que supone que dos personas, o una persona y un determinado colectivo social, se influyen mutuamente en sus vidas de forma consistente y centran sus cogniciones y emociones los unos sobre los otros.

4.1.1. Formas de relación social: las redes sociales

Desde su nacimiento, el individuo va paulatinamente ampliando sus contactos e interacciones personales hasta constituir una verdadera red social. Ésta, por tanto, estaría conformada por un conjunto de círculos concéntricos de relaciones dentro de los cuales la familia nuclear compondría el círculo más pequeño y próximo al individuo, seguido del resto de familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, y así sucesivamente, hasta abarcar a todas las personas que interactúan habitualmente con él (Lemos y Fernández, 1990).

La razón de que la red social estándar de un individuo tenga esta estructura estriba en que, con frecuencia, el contacto inicial entre dos personas se basa en la proximidad física de los contextos en los que transcurre su día a día (el domicilio, el lugar de trabajo, etc.). Esta proximidad propicia una mutua exposición repetida que, a su vez, puede derivar en la experimentación de un afecto recíproco relativamente positivo, el cual resulta en atracción (Baron y Byrne, 2005).

Evidentemente, cuantas más relaciones cercanas establezca el individuo con otras personas, más grande será su red social. El tamaño de ésta determina, junto con la densidad, la estructura de la red (Tolsdorf, 1976). Mientras que el *tamaño* alude al número de personas significativas con las que la persona mantiene habitualmente el contacto, la *densidad* hace referencia a la proporción de vínculos existentes entre las personas de una red con respecto al total de los lazos posibles. Generalmente, tamaño y densidad están relacionados, de tal manera que cuanto mayor es el primero, menor suele ser la densidad.

En principio, existe una estrecha correlación positiva entre estructura de la red y bienestar. Sin embargo, como señalan Lemos y Fernández (1990), ni el tamaño ni la densidad de la red garantizan un estado de satisfacción vital en el individuo. Así, las redes sociales de gran tamaño poseen un mayor potencial para proporcionar soporte. Pero, a su vez, también incrementan el riesgo de interacciones perjudiciales, pues generan un mayor volumen de demandas entre sus miembros.

4.1.2. El apoyo social

Uno de los rasgos distintivos de la red social es su capacidad para proveer apoyo a sus miembros. El término *apoyo social* aludiría a las diversas formas de ayuda y asistencia emocional y/o instrumental proporcionadas por parte de los familiares,

amigos, vecinos y, en general, cualquier persona significativa que forme parte de la red social de un individuo. El apoyo social presenta una dimensión objetiva (*apoyo social recibido*), que alude a la cantidad de ayuda recibida por el individuo en un determinado período de tiempo, y una dimensión subjetiva (*apoyo social percibido*), que incluye tanto las creencias del individuo en relación con las fuentes que le proporcionan apoyo como la valoración que hace sobre ellas en cuanto a su adecuación y capacidad para satisfacer sus necesidades (Clemente, 2003). Esta distinción sería importante porque es el apoyo social percibido el que se encuentra más estrechamente asociado a una mayor calidad de vida y a un mejor ajuste psicológico (Goldsmith y Albretch, 2011; Wallace et al., 2008; Wright, King y Rosenberg, 2014).

4.1.3. El sentimiento de soledad

A pesar de los evidentes beneficios que para el bienestar psicológico desempeñan las relaciones positivas con otras personas, éstas se están viendo afectadas negativamente por el frenético desarrollo económico y tecnológico que caracteriza a las sociedades modernas. De esta manera, las interacciones personales se vuelven cada vez más superficiales y restringidas y se incrementan las situaciones de aislamiento y soledad. Por ello, a pesar de que dicho desarrollo está haciendo posible que gocemos de unas condiciones de vida nunca antes logradas, también es palpable el creciente estado de insatisfacción en la vertiente relacional (Expósito y Moya, 2000).

Las relaciones positivas con otras personas tienen una gran importancia en nuestra vida cotidiana, por lo que la carencia de ellas puede llegar a afectar gravemente a nuestro bienestar físico, psicológico y social (Jackson y Cochran, 1991). Dada su creciente incidencia, así como las repercusiones que conlleva, el estudio de la soledad ha adquirido una gran relevancia en los últimos años.

Ahora bien, un aspecto crítico a la hora de determinar su impacto sobre el individuo estriba en si dicha soledad es fruto de una decisión voluntaria y buscada intencionadamente. En este caso, la soledad es positiva, y así es percibida por el propio individuo, en tanto que se asocia a un estado de plenitud y enriquecimiento personal vinculado a una oportunidad para reflexionar, para comunicarse con Dios o con uno mismo y como un medio para fortalecer el carácter individual mediante el uso de cierto tiempo para aislarse. Pero si la situación de soledad es involuntaria, puede constituir una fuente de sufrimiento e inadaptación personal asociada a estados de ansiedad o de depresión (Cacioppo, Hawhley y Thisted, 2010; Montero y Sánchez-Sosa, 2001), a limitaciones funcionales (Greenfield y Russell, 2011) e, incluso, a un mayor riesgo de mortalidad (Luo, Hawhley, Waite y Cacioppo, 2012).

Por tanto, es preciso diferenciar entre el *aislamiento social*, que es un indicador objetivo y cuantificable que refleja una situación de falta o escasez de comunicación, compañía y relación con otros significativos, y *sentimiento de soledad*, que es un estado afectivo interior no observable directamente. De este modo, un individuo

puede estar aislado y no sentirse solo y viceversa, puede disponer de numerosos contactos sociales y sentirse solo (véase figura 4.1).

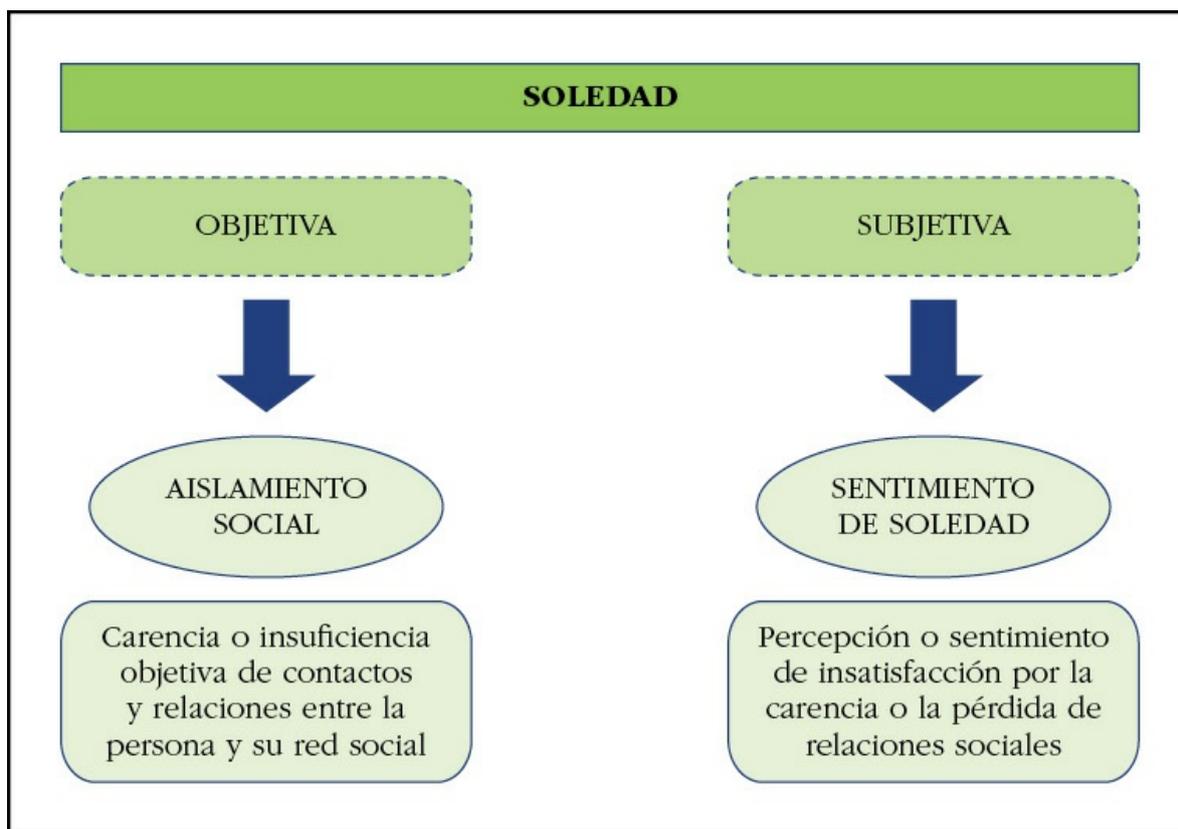


Figura 4.1. Diferencia entre aislamiento social y sentimiento de soledad.

El aislamiento social, o la privación de relaciones sociales, se halla asociado al «estar solo», pero la verdadera soledad alude, como señalan Rubio y Aleixandre (2001), al «sentirse solo», sentimiento que puede desarrollarse incluso estando acompañado de otras personas y que se encuentra asociado a estados de tristeza, añoranza, nostalgia o baja autoestima (Jackson y Cochran, 1991).

Ciertamente, tal y como señala Rubio (2004), el sentimiento de soledad puede tener consecuencias netamente negativas para el individuo, cuando es signo de autopercepción de desadaptación como resultado de la carencia de actividad y relación social, lo que puede originar trastornos emocionales como la ansiedad o la depresión. En este sentido, diversos estudios reflejan la alta correlación entre sentimiento de soledad y baja satisfacción con la vida (Huo y Kong, 2013), depresión (Golden et al., 2009), así como mortalidad y morbilidad (Cacioppo y Hawkey, 2003).

4.2. LAS RELACIONES SOCIALES EN LA VEJEZ

La relevancia otorgada por la investigación al ámbito de las relaciones sociales de los mayores ha permanecido relegada en un segundo plano hasta no hace mucho

tiempo. Así, en lo que respecta a la vida familiar, y en consonancia con el modelo de declive, que postula una perspectiva de la vejez eminentemente dependiente, la atención se ha focalizado preferentemente sobre aspectos tales como las transformaciones acaecidas en la propia institución familiar como consecuencia de los cambios demográficos, la experiencia de ser padres de niños y adolescentes o la conciliación de la vida familiar y la vida laboral (Pérez, 2006). Análogamente, el ámbito de las relaciones de amistad se ha dirigido prioritariamente hacia la infancia y la adolescencia, perdiéndose el interés en ellas a medida que nos adentramos paulatinamente en la vida adulta y, especialmente, en los últimos años del ciclo vital. Es en los últimos años cuando ha comenzado a cobrar importancia la dimensión relacional en la vejez, considerándose como un pilar central en la calidad de vida y el envejecimiento exitoso (Victor, Scambler, Bowling y Bond, 2005).

A pesar del importante papel que desempeñan las relaciones sociales en el bienestar y la calidad del individuo en cualquier etapa del ciclo vital, la realidad pone de manifiesto que durante la vejez, a la par que los cambios de índole fisiológica y psicológica que caracterizan lo que podemos denominar envejecimiento normal, se producen una serie de transformaciones en el plano de la red social del mayor: los hijos se han hecho adultos e independientes y la jubilación suele conllevar la pérdida de contactos personales frecuentes con los compañeros de trabajo. Por otro lado, la aparición paulatina de enfermedades crónicas que limitan la capacidad funcional propia también amenaza y dificulta la actividad social y el contacto con los iguales durante este período. Todos estos cambios dan como resultado una marcada reducción en el tamaño de la red social del mayor (Herrero y Gracia, 2005), fundamentalmente en lo tocante a los contactos sociales más periféricos, puesto que parece que los vínculos más próximos (familiares y amistades más íntimas) no experimentan decrementos (Huxhold, Fiori y Windsor, 2013; Wrzus, Hänel, Wagner y Neyer, 2012).

Los cambios acaecidos en las relaciones sociales durante la etapa de la vejez han sido explicados a la luz de diferentes teorías (véase Sáez, Aleixandre, De Vicente, Meléndez y Villanueva, 1993). Cada uno de estas teorías, que aparecen resumidas en la tabla 4.1, incide en diferentes factores explicativos de los cambios experimentados por la red social de la persona mayor:

TABLA 4.1
Teorías explicativas de los cambios en las relaciones sociales durante la vejez

TEORÍA	EXPLICACIÓN
Teoría de la desvinculación transitoria	Las personas mayores reducen deliberadamente su red de relaciones sociales y optan por ciertas formas de aislamiento social con las cuales se sienten felices y satisfechas. Esta decisión deliberada sería transitoria, como respuesta a determinadas situaciones de sobrecarga (i.e., cambios importantes en su vida, ya sean biológicos o psicosociales). Si el ajuste a esta nueva situación es el adecuado, entonces es posible que se produzca un renovado interés por las relaciones sociales.
Teoría de la actividad	La vejez supone un proceso de aislamiento social derivado no sólo de la pérdida del rol social a consecuencia de la jubilación sino también de la pérdida de la tradicional

función de transmisión de información, valores, sabiduría y experiencia a las nuevas generaciones en el seno de la familia.

Teoría del contexto social	El grado de interacción social del mayor depende de ciertas condiciones biológicas (estado de salud) y sociales (situación económica, apoyos sociales disponibles). Cuando son desfavorables, suponen un obstáculo para la actividad social.
Teoría de la continuidad	La vejez es una continuación de los períodos vitales precedentes: los estilos de vida, hábitos, contactos sociales o decisiones a tomar se encontrarán determinados por la trayectoria desarrollada por el individuo a lo largo de su ciclo vital.
Teoría de la vejez como subcultura	Las personas mayores constituyen un grupo social aparte, con sus propias características distintivas en cuanto a apetencias o estilos de vida, entre los que se encontraría su tendencia al aislamiento.
Teoría de la actividad socioemocional	Para las personas mayores es más importante la calidad que la cantidad en sus interacciones sociales, de tal modo que tratan de encontrar y mantener aquellas que les proporcionen un alto grado de afecto y cariño.
Teoría del convoy social	Las relaciones sociales del individuo adquieren la forma de un convoy, en la medida en que los vínculos más próximos (familia cercana, amistades íntimas) se mantienen toda la vida pero los más periféricos (compañeros de trabajo, vecinos, conocidos, etc.) se van «desenganchando» en función de factores contextuales (jubilación, cambio de vivienda o de ciudad, enfermedades crónicas).

En la actualidad, las dos teorías que más aceptación obtienen (para una revisión, véase Wrzus et al., 2012) son la teoría de la actividad socioemocional (Carstensen, 1992) y la teoría del convoy (Kahn y Antonucci, 1980). De acuerdo con la primera, la persona mayor sería selectiva y buscaría aquellas fuentes de relación social más satisfactorias desde el punto de vista emocional, por lo que se priorizarían los vínculos íntimos y de confianza y se abandonarían los más superficiales. La teoría del convoy, sin embargo, postula que la disminución en las relaciones más periféricas vendría motivada por circunstancias contextuales, como el hecho de que la persona se jubile, se mude de vecindario o padezca una enfermedad incapacitante.

Con independencia de cuál de estas teorías explique más certeramente los cambios acaecidos en las interacciones sociales durante la vejez, lo cierto es que tales cambios no parecen implicar una mayor vulnerabilidad psicológica para las personas mayores. Al contrario, éstas pueden experimentar sentimientos de bienestar tan o más elevados que los individuos jóvenes (Meléndez, 1999) y, por lo general, mantienen un contacto frecuente con su entorno social, ya sea familiar o de amistades (Fernández-Ballesteros, 1997; Larrañaga, 1995). No obstante, parece que es la calidad de las relaciones sociales que las personas mayores mantienen con sus familiares y amigos, más que la frecuencia y cantidad de éstas, la que permitiría predecir un alto bienestar y satisfacción vital (Kasser y Ryan, 1999; McLaughlin et al., 2012; Pinquart y Sorensen, 2000), actuando como un importante factor de protección frente a la depresión (Feng, Ji y Xu, 2014; Li, Morrow-Howell, Proctor y Rubin, 2013).

4.2.1. La red social de las personas mayores

La investigación gerontológica señala que las redes proveedoras de apoyo social

continúan existiendo durante la vejez (Polizzi y Arias, 2014; Yanguas, 2006), siendo la familia y los amigos los dos principales recursos en este sentido. De hecho, las personas mayores tratan de mantener las relaciones sociales con su círculo más íntimo durante el mayor tiempo posible. Ahora bien, cuando deviene algún problema de autonomía funcional o de salud que obstaculiza este intercambio social, parece que los últimos contactos que se pierden son los de los familiares más próximos, y cuando esto acontece, el bienestar psicológico del mayor se ve amenazado (Clemente, 2003). En este sentido, existen evidencias que sugieren que el hecho de disponer de una sólida red de relaciones sociales en la que el mayor se encuentre plenamente integrado reduce el riesgo de pérdida de capacidad funcional (Avlund, Lund, Holstein y Due, 2004) y de mortalidad (Avlund, Damsgaard y Holstein, 1998).

➤ **Las relaciones familiares del adulto mayor**

En las culturas occidentales existe la tendencia generalizada a concebir a las personas mayores como solitarias, aisladas y abandonadas por sus familias (Weeks y Cuellar, 1981). Esta creencia, no obstante, se ha demostrado errónea, en tanto que diversos estudios han constatado que la familia continúa siendo el principal recurso de apoyo para las personas mayores, desde el punto de vista tanto cuantitativo como cualitativo (Castellano, 2014). Dicha importancia es especialmente manifiesta a la hora de afrontar satisfactoriamente las crisis vitales propias de la vejez, particularmente las situaciones de enfermedad crónica (Arechabala y Miranda, 2002; Yanguas, 2006), y, por ende, facilitan la adaptación del individuo a las transiciones vitales (Meléndez, 1998b).

El apoyo familiar se erige, pues, en una fuente irremplazable de bienestar físico y psicológico para el mayor (Chen, 2000; Gómez, López, Moya y Hernández, 2005) al proporcionarle protección, seguridad y estabilidad emocional (Castellano, 2014; Triadó, 2001). En este sentido, puede concluirse que el apoyo familiar resulta fundamental para la autoestima y la mejora personal de las personas mayores, puesto que cuanto mejor es el vínculo con los familiares, mayor es la autopercepción positiva del individuo (Meléndez, 1998a).

Ahora bien, a la hora de analizar la importancia y el impacto de las relaciones familiares en el bienestar de las personas mayores, han de ser tenidas en cuenta algunas consideraciones:

- ⇨ El apoyo instrumental debe adaptarse a las necesidades reales de la persona mayor. Un apoyo excesivo reduce su percepción de autonomía y de competencia personal (Silverstein, Chen y Heller, 1996).
- ⇨ La familia ejerce un papel fundamental en el suministro de apoyo emocional, y para muchas personas mayores es la razón principal que da sentido a su existencia (López, 2005).
- ⇨ La percepción de apoyo emocional por parte de los mayores no depende tanto del hecho de que los mayores convivan o mantengan un contacto frecuente con

sus familiares como de la calidad del vínculo afectivo existente entre ellos (Shanas, 1979).

- ⇒ La persona mayor, a la vez que receptora, es también fuente potencial de apoyo emocional e instrumental (*solidaridad intergeneracional*) (Chappell y Funk, 2011). La colaboración en tareas domésticas (hacer la compra, preparar la comida, tareas de costura, etc.), la ayuda económica a los hijos o el cuidado de los nietos constituyen actividades cada vez más frecuentes en la vida cotidiana de las personas mayores. Esta labor de apoyo suele suponer una fuente de satisfacción para la persona mayor (Pérez, 2006) que previene frente a la depresión (Gallardo, Sánchez, Arias y Barrón, 2015), pero puede erigirse también en foco de conflicto cuando el sacrificio que realizan los mayores no es reconocido ni tenido en cuenta, o éstos perciben la situación como abusiva (Silverstein et al., 1996).

➤ **Las relaciones de amistad del adulto mayor**

Tradicionalmente se ha sostenido que las relaciones de amistad serían importantes sobre todo en la adolescencia y juventud, pero, una vez formada la pareja y, sobre todo, tras la llegada de la descendencia, los vínculos de amistad quedarían relegados a un segundo plano. La investigación más reciente evidencia, sin embargo, que las relaciones de amistad continúan siendo importantes a lo largo de toda la etapa de la vejez. Algunos trabajos desarrollados en España a este respecto (véanse López, 2005; Pérez, 2006) concluyen que, en términos generales, los hombres tienen más amigos y los frecuentan con mayor asiduidad que las mujeres, pero los vínculos de amistad parecen más significativos desde el punto de vista emocional para estas últimas. Una posible explicación estribaría en que hombres y mujeres tienen una forma distinta de entender y practicar la amistad en el sentido de que los hombres suelen compartir con sus amigos compañía y actividades, mientras que en las mujeres las relaciones son más intensas y más íntimas.

Sea como fuere, parece fuera de toda duda que las relaciones de amistad contribuyen a mantener el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. En este sentido, parece que el apoyo brindado por los amigos, además de reforzar lazos de amistad mutuamente provechosos, contribuye a favorecer la integración social del mayor (Meléndez, 1998b; Yanguas, 2006).

➤ **Las relaciones sociales de las personas mayores institucionalizadas**

Si ya de por sí existe una tendencia generalizada a considerar la vejez como un período de mayor soledad y escasa participación social, esta visión se encuentra especialmente acentuada en el caso de las personas mayores institucionalizadas.

Efectivamente, parece que las personas mayores que se encuentran institucionalizadas son las que peores redes sociales tienen, especialmente en lo que respecta al apoyo familiar (Clemente y Vidal, 1999), el cual, en esta etapa de la vida,

constituye el soporte emocional más importante. Esta falta de apoyo familiar puede alentar a la persona mayor a tomar la decisión de institucionalizarse. De hecho, a diferencia de lo que ocurre con los mayores que viven en su comunidad, quienes reciben apoyo principalmente de sus hijos, pareja u otros familiares, en los entornos residenciales el apoyo proviene fundamentalmente de las amistades, de tal modo que éstas actúan como sustitutas del apoyo familiar, aunque sin resultar tan beneficiosas sobre el bienestar físico y psicológico de los mayores institucionalizados (Herrero y Gracia, 2005). Además, parece que los ambientes de estas instituciones son, en general, poco propicios para el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales significativas por parte de los mayores que residen en ellas (Aranda, Pando, Flores y García, 2001).

En aras de reducir los bajos niveles de apoyo social que, por lo general, reciben las personas mayores institucionalizadas, Herrero y Gracia (2005) plantean la conveniencia de impulsar las siguientes medidas:

- ⇒ Mejorar la coordinación entre las fuentes formales (trabajadores de las instituciones residenciales) e informales (familia y amigos) de apoyo del mayor.
- ⇒ Potenciar la participación social activa del mayor institucionalizado.
- ⇒ Favorecer la consideración de la persona mayor como fuente de apoyo social para otros mayores.

4.3. LA DIMENSIÓN DE PROPÓSITO EN LA VIDA

La investigación reciente en el campo del bienestar sostiene que éste se halla estrechamente vinculado a los objetivos y proyectos vitales de los individuos. Como señalan Díaz et al. (2006), las personas necesitan tener un propósito en la vida, marcarse unos objetivos que contribuyan a dotar a su vida de cierto sentido, así como desarrollar e implementar las estrategias que les permitan aproximarse a los propósitos fijados. Ryff (1989b) conceptualiza el propósito en la vida como disponer de metas y un sentido de dirección en la vida, sentir que tanto la vida pasada como la presente poseen un significado y tener objetivos y aspiraciones en la vida.

Las *metas* han sido conceptualizadas de muy diversas maneras. De entre las más empleadas habitualmente podrían citarse la de Riediger (2008), quien las define como estados deseados que los individuos buscan obtener, mantener o evitar en el futuro; o la de Austin y Vancouver (1996), quienes las conciben como «una representación interna de un estado que se desea, considerado éste como un resultado, un suceso o un proceso» (p. 338). Sea cual sea la definición de meta adoptada, todas ellas refieren dos componentes: *a*) una representación del estado final deseado o evitado y *b*) una activación del organismo para reducir o aumentar la distancia entre la situación actual y la deseada o la evitada.

De acuerdo con ello, cuando una persona establece una serie de metas personales, construye una representación mental del estado final a alcanzar, elaborando diversos

planes para su consecución y, por ende, una serie de estrategias que le permiten maximizar los resultados positivos o deseados, esto es, las recompensas ambientales (como, por ejemplo, el bienestar psicológico, el control y regulación emocionales, el desarrollo de relaciones sociales productivas, etc.), y minimizar o evitar los resultados negativos, tales como el aislamiento social (Kashdan y Steger, 2007).

Entre otros aspectos, las metas organizan, regulan, orientan y justifican la conducta de los individuos; proporcionan valencia afectiva (positiva o negativa) a sus vidas; justifican algunas de sus decisiones; contribuyen al desarrollo del autoconcepto y a la experimentación de bienestar, o ayudan a los individuos a catalogar sus vidas como plenas y con un propósito o, por el contrario, como insignificantes (Sanz de Acedo, Ugarte, Lumbreras y Sanz de Acedo, 2006). Por tanto, las metas personales desempeñan un importante papel en la contribución activa del individuo a su propio desarrollo y crecimiento personal.

4.3.1. Factores que favorecen el desarrollo del propósito en la vida

La investigación ha tratado de dilucidar qué factores constituyen las fuentes a partir de las cuales los individuos encuentran y desarrollan el sentido y propósito de su propia existencia (véase figura 4.2). En esta línea, Hooker y McAdams (2003) aluden a la creación de las *historias de vida* como recurso a partir del cual los individuos logran una comprensión de sí mismos. A través de las historias de vida, las personas reconstruyen su pasado y anticipan su futuro con el fin de proporcionarles a sus vidas sentido, unidad, propósito y dirección. Este recurso incluye, entre otros aspectos, vivencias, personas, imágenes o acontecimientos que son fundamentales a la hora de ayudar al individuo a comprender quién es en el momento presente, quién ha sido en el pasado y quién puede llegar a ser en el futuro. Las historias de vida propician, por tanto, que el individuo pueda llevar a cabo un verdadero proceso de autodescubrimiento.

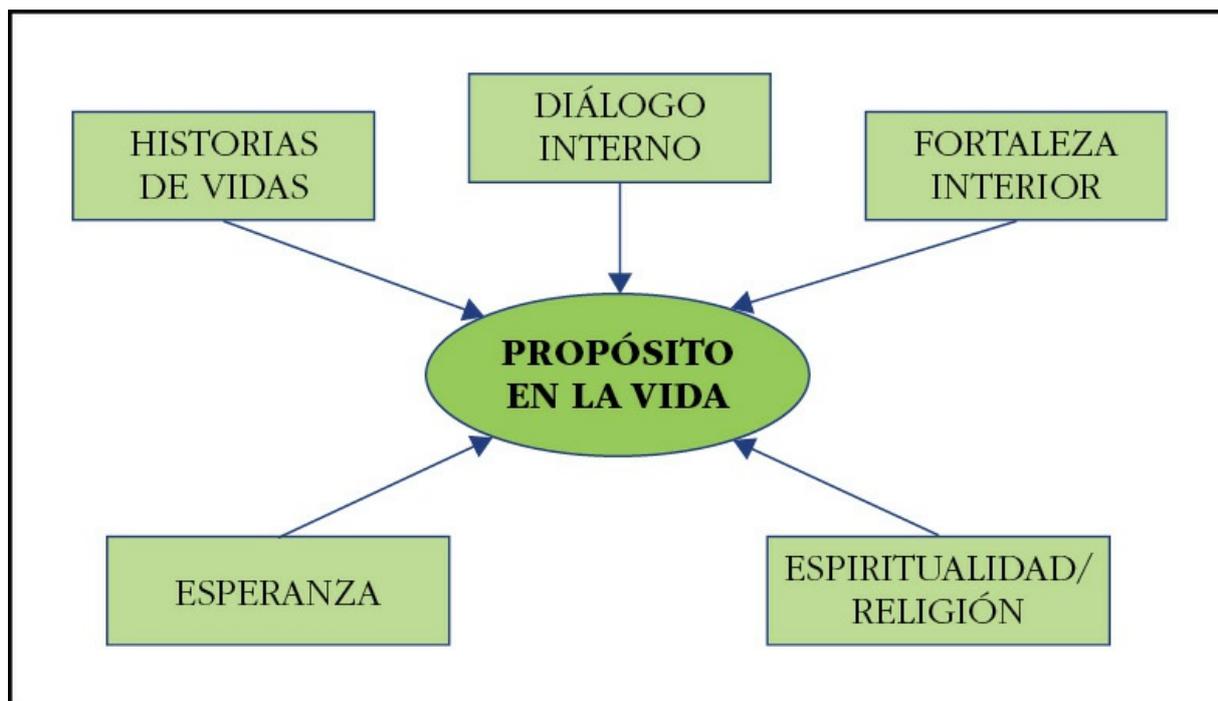


Figura 4.2. Factores que contribuyen al desarrollo del propósito en la vida.

La elaboración de estas historias de vida parece apoyarse en buena medida en el *diálogo interno*. El diálogo interno constituye una de las principales vías a partir de las cuales las personas otorgan un sentido a su propia existencia (Dwyer, Nordenfelt y Ternstedt, 2008). A su vez, el diálogo interno se encuentra apoyado en la *fortaleza interior*. Este constructo ha sido definido como el esfuerzo personal por buscar y encontrar, dentro de la adversidad, la parte positiva de la vida, siendo conscientes, al mismo tiempo, de que ésta también presenta un lado oscuro (Nygren, Norberg y Lundman, 2007). La fortaleza interior favorece el desarrollo del sentido de la propia existencia, en tanto en cuanto el individuo que posee fortaleza interior vive conectado al presente pero, a la vez, reconciliado con su pasado y orientado hacia el futuro: tener fortaleza interior equivale a sentirse orgulloso y satisfecho con uno mismo y con los demás, con la vida que se ha tenido y con la vida en general, pero a la vez con metas y proyectos que lograr.

Directamente vinculado al constructo de fortaleza interior se encuentra el de *esperanza*. De acuerdo con Moraitou et al. (2006), la esperanza se define como una disposición dirigida a metas caracterizada por la existencia de una creencia estable en relación con la capacidad autopercebida de alcanzar metas personales altamente valoradas, así como de persistir en los esfuerzos invertidos hacia su consecución a pesar de la existencia de obstáculos.

Asimismo, diversas investigaciones ponen de manifiesto que la *religión* o la *espiritualidad* ayudan a proporcionar un propósito a la propia existencia (Ardelt y Koenig, 2006; Krause y Shaw, 2003). En efecto, la espiritualidad, definida como conjunto de sentimientos, creencias y acciones dirigidos a la búsqueda de lo trascendente —el porqué y para qué de la vida— (San Martín, 2007), contribuye a dar

un sentido y propósito a la propia vida en tanto que ayuda a orientar la conducta de los individuos, sus relaciones con los demás, así como su forma de sentir y de pensar, tanto con respecto a sí mismos como con el resto del mundo.

4.4. EL PROPÓSITO EN LA VIDA EN LA VEJEZ

4.4.1. Las metas personales en las personas mayores

Uno de los temas más estudiados en relación con la vejez ha sido el de las metas, como dimensión clave que contribuye a que las personas mayores logren adaptarse a los retos que plantea el envejecimiento. De hecho, el envejecimiento exitoso se define, esencialmente, por la consecución de las metas personales y el desarrollo de estrategias para cumplir con las tareas establecidas.

➤ Estrategias para la consecución de metas

Los sucesos críticos de índole tanto biológica como social que han de ser afrontados en esta etapa del ciclo vital propician importantes cambios que evolucionan progresivamente de un desarrollo ecológico favorable (caracterizado por altos niveles de oportunidades y escasas pérdidas) hacia un desarrollo ecológico desfavorable (en el que las oportunidades se reducen y las pérdidas aumentan) en lo que respecta a la consecución de las metas personales (Wrosch y Heckhausen, 1999).

Diversos enfoques (algunos de los cuales ya han sido abordados al analizar las relaciones sociales en la vejez) han tratado de describir y explicar los caminos que deben seguir las personas mayores para alcanzar sus propias metas vitales, adaptándose y superando exitosamente los frecuentes cambios y difíciles situaciones que deben afrontar. Si bien el envejecimiento exitoso se convierte en el constructo psicológico central de estas teorías, no existe entre los autores unanimidad en cuanto a los procesos que deben seguir los individuos para lograrlo. En la tabla 4.2 se exponen los principales argumentos de estas teorías en relación con la consecución de las metas personales en la vejez.

TABLA 4.2
Teorías explicativas de los cambios en las metas personales durante la vejez

TEORÍA	EXPLICACIÓN
Teoría de la desvinculación	La persona mayor, dadas las importantes pérdidas que sufre en la vejez, debe aceptarse a sí misma y asumir sus propias limitaciones, por lo cual debe renunciar a ciertas metas personales que se convierten en inalcanzables.
Teoría de la actividad	La persona mayor ejerce un rol activo, rebelándose contra las imposiciones y restricciones sociales que abogan por retirarle del mundo e implicándose en nuevas tareas y actividades que ella misma juzga apropiadas para su edad. Sentirse útil y socialmente integrado constituye una meta personal de gran importancia para el bienestar del mayor.

Teoría de los roles	El envejecimiento exitoso estriba en que los mayores logren recobrar de los roles sociales perdidos y adquieran otros nuevos acordes con su recién adquirido estatus biopsicosocial. Sus metas personales, por tanto, se enfocan hacia la adopción de nuevos roles sociales.
Teoría de la continuidad	La vejez es, en buena medida, una etapa deudora de las anteriores en el sentido de que las personas mayores suelen mantener los mismos comportamientos, metas, intereses y relaciones que en las etapas vitales previas.
Teoría de la selección socioemocional	El envejecimiento exitoso precisa que la persona mayor seleccione metas personales congruentes consigo misma y con sus propios valores.
Teoría de la adaptación selectiva con compensación	Las personas mayores tratan de contrarrestar la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran a consecuencia del declive biológico y social asociado a la edad abandonando aquellas metas perseguidas en etapas anteriores y que en este momento son inalcanzables y sustituyéndolas por otras más accesibles. Para ello, seleccionan nuevas metas y tratan de optimizar las capacidades y habilidades que precisan para su consecución, compensando sus limitaciones (véase capítulo 2).
Modelo mediador de autoadaptación al envejecimiento	Las personas mayores manejan con éxito en su vida diaria el declive funcional experimentado y mantienen una percepción positiva de sí mismas y de la vida a través de la puesta en práctica de dos estrategias de regulación de las metas personales: la asimilación y la acomodación.

De entre estos enfoques, el modelo mediador de autoadaptación al envejecimiento (Brandstädter y Rothermund, 2002; Brandstädter, Ventura y Greve, 1993) constituye un buen referente para explicar el proceso de ajuste de las metas personales que llevan a cabo las personas en la etapa de la vejez. Dos serían las estrategias implementadas por las personas mayores para regular sus metas de acuerdo con las demandas que deben afrontar en su día a día: *a) la asimilación o tenacidad*, que pretende transformar el presente para que se oriente a la consecución de las metas deseadas, y *b) la acomodación o flexibilidad*, que implica acercar las metas deseadas (o alejar las no deseadas) a nuestra situación actual. Se trata de cambiar las metas de futuro para que se parezcan más a nuestro estado presente.

La priorización de uno u otro proceso, asimilación o acomodación, depende de algunos factores, entre los que se encontrarían la percepción de competencia personal, los recursos de que se dispone, la relevancia y significación de las metas o el grado en que una situación se cree inmodificable. Sin embargo, puesto que con el avance de la edad el balance pérdidas-ganancias tiende a inclinarse paulatinamente hacia las primeras, el ajuste óptimo parece requerir en mayor medida estrategias de acomodación —a través de las cuales las personas mayores llevan a cabo una revisión de sus metas y aspiraciones personales para ajustarlas a sus posibilidades reales, así como a las demandas de la situación— que estrategias de asimilación —las cuales consisten en la modificación directa de la situación con el fin de adecuarla a las metas, intereses, valores y recursos considerados importantes por el individuo— (Aguerre y Bouffard, 2008).

Así pues, en los estadios iniciales de la vejez, producidas ciertas pérdidas en los niveles de funcionamiento óptimo en alguna de las AVD, la persona mayor trata de

aferrarse a las metas y estándares mantenidos en etapas anteriores de la vida y se esfuerza por alcanzar tales metas recurriendo a estrategias de asimilación (tales como ir a nadar o caminar a diario para mantenerse físicamente bien, dejar de fumar, controlar su dieta, etc.). Sin embargo, a medida que fracasa repetidamente en la consecución de las metas deseadas, aun empleando activamente las estrategias asimilativas, opta por estrategias de acomodación (Mueller y Kim, 2004). En la tabla 4.3 se recogen las principales acciones implicadas en cada una de estas estrategias.

Por consiguiente, aquellas metas que son consideradas inalcanzables o bien se sustituyen por otras que se estiman factibles, o bien se abandonan consciente e intencionalmente. Así, por ejemplo, una persona mayor cuyas metas estén muy vinculadas al sentido de productividad personal que proporciona el trabajo, ante la amenaza derivada de la jubilación, desarrollaría estrategias adaptativas (por ejemplo, sustituirlas por actividades no remuneradas que le permitan sentirse productivo; restar valor a la productividad en esta etapa y volcarse en otros valores y metas tales como el cuidado de la pareja, de los nietos, etc.). En este sentido, Wrosch y colaboradores (Wrosch, Miller, Scheier y Brun de Pontet, 2007; Wrosch et al., 2003) afirman que las personas mayores muestran una mayor facilidad que los adultos jóvenes para abandonar metas inalcanzables y sustituirlas por otras metas significativas más realistas. En general, este perfil adaptativo resulta bastante común entre la población de mayores y actúa como factor de protección de su bienestar emocional.

TABLA 4.3
Principales acciones de asimilación y acomodación

ACCIONES DE ASIMILACIÓN (Contrarrestar pérdidas)	ACCIONES DE ACOMODACIÓN (Ajustar preferencias)
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Inversión de esfuerzo, habilidades y tiempo en la consecución de metas. ⇒ Eliminación de barreras, selección y modificación de ambientes. ⇒ Búsqueda de nuevos medios que sustituyan a los no disponibles o bloqueados. ⇒ Conseguir ayuda y consejo de nuestra red social. ⇒ Uso de tecnologías y elementos materiales adecuados. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Anticipar las consecuencias positivas del logro de las metas. ⇒ Reescalar metas: devaluar unas metas y enfatizar otras. ⇒ Seleccionar metas adecuadas a las circunstancias. ⇒ Dejar de implicarse en metas que difícilmente se van a poder conseguir. ⇒ Seleccionar términos y criterios de comparación adecuados.

➤ Características de las metas de las personas mayores

La reciente investigación ha detectado que las metas personales pueden estar entre las variables que muestran un desarrollo más positivo en las personas mayores. Este éxito es debido, por un lado, al hecho de que los mayores suelen seleccionar metas personales que respondan a tres características (Riediger, Freund y Baltes, 2005): a) realismo (adopción de metas asequibles); b) flexibilidad (adaptación a los cambios), y c) operatividad (formulación concreta y establecimiento preciso de plazos para su

consecución).

Por otro lado, la consecución de objetivos vitales altamente valorados es consecuencia del tipo de metas y aspiraciones personales que alcanzan significación durante la vejez. Por ejemplo, Sheldon y Kasser (2001) señalan que, comparados con adultos jóvenes, los mayores:

- ⇒ Tienen a seleccionar sus metas con un mayor sentido de elección y autoexpresión y no tanto porque se sientan avergonzados, culpables o ansiosos.
- ⇒ Se orientan más a valores intrínsecos (por ejemplo, autoaceptación, implicación en la comunidad) que extrínsecos (por ejemplo, atractivo físico, propiedades materiales), lo que parece sugerir que, a medida que se envejece, las personas se orientan en mayor medida hacia la satisfacción de valores que les conduzcan a experimentar un mayor bienestar psicológico.
- ⇒ Pretenden el logro de aspectos indicativos de una mayor madurez, como la integridad y la generatividad.

En la misma línea, Bauer y McAdams (2004) enfatizan la importancia que los mayores conceden a las metas de desarrollo personal, a diferencia de lo que ocurre en estadios vitales tempranos. Parece que, como consecuencia de su experiencia vital, la persona mayor incrementa su capacidad para gestionar recursos, lo que le conduce a ser más competente creando sistemas de metas no conflictivas entre sí. De esta manera, pueden perseguir varias metas simultáneamente con pequeño o nulo esfuerzo adicional. A través de este sistema, los mayores lograrían una eficiente utilización de sus limitados recursos y, consecuentemente, un elevado nivel de persistencia en la consecución de sus objetivos vitales, incluso superior al que muestran los adultos jóvenes (Riediger, 2008).

A ello contribuiría también el hecho de que los mayores suelen sentirse con más libertad para elegir sus metas que los adultos jóvenes, quienes se ven más condicionados por la consecución de aquellas metas socialmente consideradas exitosas (prestigio, nivel económico, etc.). Las mayores restricciones que sufre el mayor —recuérdese que ésta es una etapa en la que el balance entre ganancias y pérdidas puede ser más fácilmente negativo— determinan que la utilización óptima de sus limitados recursos se convierta en algo prioritario.

4.4.2. La asignación de un propósito a la propia vida

El proceso de búsqueda de sentido y propósito en relación con la propia vida constituiría una de las principales metas en la vejez (Krause, 2007b), erigiéndose en factor esencial para la experimentación de un alto bienestar (Debats, 1996) y calidad de vida (Girardi y Molzahn, 2007). En este sentido, los resultados de un metaanálisis realizado por Pinquart (2002) sobre 70 estudios relacionados con el propósito en la vida en individuos de mediana y avanzada edad revelaron que el propósito en la vida se encuentra altamente correlacionado con un mejor estado de salud y un mayor bienestar psicológico, así como con bajos niveles de síntomas de depresión. Parece,

por tanto, que la asignación de un propósito a la propia vida ayuda a las personas mayores a afrontar con una mayor eficacia las pérdidas en el funcionamiento físico e intelectual que se producen en esta etapa (Reker, 1997).

Sin embargo, no existe unanimidad a la hora de concluir si el propósito de la vida ejerce un efecto directo o indirecto sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas. Así, mientras que los hallazgos obtenidos por Ardel y Koenig (2006) sugieren que el propósito en la vida ejerce un efecto directo sobre el bienestar subjetivo de los mayores, Krause (2007a) afirma que esta variable ejerce un efecto indirecto sobre su salud y su bienestar, dado que actúa como factor amortiguador del impacto producido por cierto tipo de estresores, tales como los sucesos vitales traumáticos (i.e., fallecimiento de un ser querido, situación de dependencia, etc.). De esta manera, las personas mayores que logran encontrarle un propósito a sus vidas son capaces de reducir los efectos perniciosos que tales sucesos ejercen sobre su bienestar psicológico (i.e., síntomas de depresión), a diferencia de lo que, por lo común, sucede con los mayores que no perciben un propósito a su existencia de forma tan clara. Asimismo, Krause y Shaw (2003) han destacado el papel mediador desempeñado por el propósito en la vida entre las creencias de control y la salud, concluyendo que los mayores que presentan elevadas creencias de control personal disfrutan de un mejor estado de salud física porque son capaces de percibir con claridad el sentido de su propia vida.

Otro foco de controversia radica en determinar si la búsqueda de dicho propósito experimenta cambios a lo largo de las distintas etapas que conforman el ciclo vital. Autores clásicos del desarrollo como Erikson (1963) o Jung (1971) ya advertían de que la búsqueda del propósito vital experimentaba cambios importantes asociados a la edad. Así, Erikson consideraba que la búsqueda del propósito en la vida en la adolescencia, la juventud y la mediana edad se focaliza en construir una identidad personal estable, mientras que en la vejez dicha búsqueda se orienta hacia el desarrollo de la *integridad* (esto es, determinar por qué y cómo ha sido la vida de uno). Ello requeriría un proceso de profunda introspección en el que se llevaría a cabo una supervisión de la propia vida con el fin de lograr una reconciliación con todo lo que se ha hecho en ella. Posteriormente, el propio Erikson, en uno de sus últimos trabajos (Erikson, Erikson y Kivnic, 1986), atribuyó a la vejez otra tarea de desarrollo vital que facilitaría la búsqueda del propósito en la vida: la *generatividad*. Mediante esta tarea, que tendría su inicio en la adultez media, la persona mayor buscaría contribuir al bienestar de las siguientes generaciones, perpetuando conocimientos y valores. Parece que este interés generativo es característico en las personas mayores y contribuye notablemente al envejecimiento satisfactorio (Arias e Iglesias, 2015; Villar, 2012), favoreciendo la satisfacción vital, así como la asignación de sentido y propósito a la propia vida (Villar, López y Celdrán, 2013).

Por su parte, Jung (1971) afirmaba que, durante la primera mitad del ciclo vital, la búsqueda del propósito de vida se focaliza hacia la preparación para afrontar la vida. Por el contrario, la fase final de la vida se enfoca hacia un examen de nuestro propio interior a través de un proceso de autorreflexión y autoevaluación. En una línea

similar, Tornstam (2003) considera que las personas mayores se embarcan en un proceso de *gerotrascendencia*, a través del cual el individuo lleva a cabo una redefinición de sí mismo y de su relación con los demás, así como del espacio, del tiempo y de la vida en general. Se vuelve menos preocupado de sí mismo y más selectivo en sus relaciones sociales (calidad vs. cantidad), concede menos importancia a las cuestiones materiales, busca la afinidad con las generaciones pasadas y experimenta tranquilidad y serenidad existenciales.

Otros trabajos sugieren que la búsqueda del propósito de la vida continúa siendo tan o más elevado en la vejez que en la adultez temprana (Nygren et al., 2005; Reker y Prem, 2003), de tal modo que las personas mayores, en comparación con los adultos jóvenes, parecen mostrar una mayor aceptación y un menor temor a la muerte, así como una mayor tendencia a repasar su trayectoria vital y descubrir el propósito de sus vidas en las metas personales ya conseguidas (Reker, Peacock y Wong, 1987). Sin embargo, el ya citado metaanálisis realizado por Pinquart (2002) reveló que el proceso de búsqueda del propósito de la propia vida experimenta un ligero descenso asociado a la edad, especialmente acusado en las personas de edad muy avanzada (por encima de 85 años).

En cualquier caso, dados los indudables beneficios que sobre el bienestar psicológico y la calidad de vida produce la consecución de las metas personales, así como la percepción de que la propia vida tiene un propósito, es deseable que, en la medida de lo posible, las personas mayores continúen activamente implicadas en el establecimiento y el logro de unos objetivos acordes con sus propios valores, intereses y motivaciones intrínsecas. No debe olvidarse que un óptimo ajuste y superación de las pérdidas que suelen producirse durante este período del ciclo vital pasa indefectiblemente por desarrollar e implementar estrategias que permitan maximizar los resultados positivos o deseados (tales como el bienestar psicológico, el control y regulación emocionales o el desarrollo de relaciones sociales productivas) y minimizar o evitar resultados negativos (por ejemplo, el aislamiento social), todo lo cual conducirá a experimentar que la propia existencia tiene un propósito y un sentido.

En esta línea, el entorno en el que viven y se relacionan las personas mayores cobra especial importancia, pues puede contribuir sobremanera a que las personas mayores le asignen un propósito a su vida. Su labor debe ser la de alentar y estimular la participación e implicación activa del mayor en la vida de su comunidad y fomentar su autonomía. Sin lugar a dudas, la satisfacción vital, el bienestar y, en definitiva, el envejecimiento exitoso dependen en buena medida de que nuestros mayores continúen sintiendo que en su vida diaria tiene metas por las que luchar y que su vida presente no es sino una continuación de su vida en anteriores etapas vitales con una proyección hacia el futuro.

Actividades de evaluación

⇒ Analiza los cambios que se producen en las relaciones sociales de las personas

al alcanzar la vejez de acuerdo con la teoría de la actividad socioemocional y la teoría del convoy.

- ⇒ Explica las diferencias entre el aislamiento social y el sentimiento de soledad.
- ⇒ Señala cinco aspectos que caracterizan las metas personales en la etapa de la vejez.
- ⇒ ¿Es mayor la búsqueda del propósito vital en la vejez que en anteriores etapas de la vida? Justifica tu respuesta.

5. LA VEJEZ COMO PERÍODO DE CRECIMIENTO PERSONAL

Objetivos

- ⇒ Concienciar sobre la importancia que adquiere la jubilación en el desarrollo personal en la vejez.
- ⇒ Analizar las principales claves para favorecer una adaptación exitosa a la jubilación.
- ⇒ Valorar el papel del ocio y del tiempo libre como una oportunidad para el crecimiento personal en la vejez.
- ⇒ Promover una visión de la vejez como una etapa socialmente activa.

Presentación del capítulo

La vejez puede constituir un período de crecimiento y desarrollo personal en el cual el individuo adopta nuevos roles y descubre vías alternativas para su autoexpresión y su autorrealización. Desde este planteamiento, el envejecimiento exitoso vendría determinado por la capacidad para mantener una elevada autonomía funcional y personal, así como un alto nivel de implicación y participación activa en la vida de la comunidad. En este capítulo se analiza específicamente el fenómeno de la jubilación, aportando algunas claves para reorientar el ocio y tiempo libre de las personas mayores hacia un espacio de desarrollo y autorrealización personales.

5.1. LA DIMENSIÓN DE CRECIMIENTO PERSONAL

Como señalábamos en el capítulo anterior, las personas necesitan marcarse unas metas y definir una serie de objetivos que les permitan dotar de sentido a sus vidas. Necesitan, por consiguiente, tener un propósito en la vida. Pero el funcionamiento positivo óptimo requiere no sólo las características anteriormente citadas, sino también el empeño por desarrollar al máximo todas sus potencialidades y capacidades, por seguir creciendo como personas hasta lograr la autorrealización (Keyes et al., 2002). Es la dimensión de crecimiento personal. Robitschek (1998) define la iniciativa de crecimiento personal como un «compromiso activo, intencional

con el proceso de crecimiento personal» (p. 184), lo que implicaría un empeño tanto cognitivo (p. ej., «sé cómo modificar cosas que quiero cambiar en mi vida») como conductual (p. ej., «si quiero modificar algo en mi vida, inicio el proceso de cambio») en pos del desarrollo personal. Se trata, por tanto, de un proceso proactivo de cambio intraindividual en el que el individuo busca deliberadamente oportunidades para su crecimiento (Robitschek y Cook, 1999).

Centrándonos en la vejez, si bien acontecimientos vitales como el declive físico, la jubilación o la pérdida de seres queridos favorecen la existencia de estereotipos y mitos sociales que invalidan la consideración de esta etapa como un período propicio para el crecimiento personal (p. ej., dependencia, inactividad social, asexualidad), la realidad es que tales prejuicios carecen por sí mismos de fundamento. Al contrario, existen también diversos aspectos positivos vinculados a la vejez, entre los que cabría mencionar la madurez, la fortaleza interior o la satisfacción vital. Por tanto, la vejez puede constituir un período de crecimiento y desarrollo personal en el cual el individuo adopte nuevos roles y descubra vías alternativas para su autoexpresión y su autorrealización. Desde este planteamiento, el envejecimiento exitoso vendría determinado por la capacidad para mantener una elevada autonomía funcional y personal, así como un elevado nivel de implicación y participación activa en la vida de la comunidad (Rowe y Kahn, 1997).

5.2. EL SIGNIFICADO DE LA JUBILACIÓN PARA LAS PERSONAS MAYORES

La salida del mundo laboral es, probablemente, uno de los sucesos vitales de mayor impacto en la vida de una persona. En consecuencia, supone la necesidad de llevar a cabo importantes adaptaciones que afectan, por ejemplo, a la reconstrucción de la identidad personal, a la reorganización de la rutina diaria o a la redefinición de roles en el entorno social (familiares y amigos) (Schalk et al., 2010). Téngase en cuenta que la etapa de la adultez se encuentra determinada en buena medida por la actividad laboral, hasta el punto de que, como señala Forteza (1990), ésta marca las directrices sobre las cuales se estructura la propia vida durante todo este extenso período del ciclo vital: la distribución del tiempo, los horarios, los lugares frecuentados, las interacciones y contactos sociales que se establecen, etc. En definitiva, influye sobremanera en el estatus y la identidad personal y social del individuo.

Atchley (1989) ha conceptualizado la jubilación como un proceso, un rol y un acontecimiento. Como *proceso*, la jubilación supone un tránsito en el desempeño de un rol de trabajador, el cual se encuentra sometido a una serie de normas objetivas, al de jubilado, quien también se rige por una serie de normas, pero en este caso subjetivas, idiosincráticas. En este proceso de transición, la mayor parte de las personas atraviesan por cinco etapas:

1. *Prejubilación*: durante esta etapa, la persona se forja expectativas en torno a su propia jubilación (actividades y tareas que se desea hacer pero para las que hasta el momento no se disponía de tiempo), por lo cual adquiere una importancia destacada la preparación para la jubilación.
2. *Luna de miel*: tiene lugar durante los momentos iniciales de la jubilación y se caracteriza porque la persona se muestra eufórica y deseosa de llevar a cabo todos aquellos proyectos personales que no pudieron desarrollarse durante la etapa laboral.
3. *Desencanto*: esta fase se atraviesa cuando la persona percibe que sus expectativas iniciales en torno a la jubilación no se ven satisfechas.
4. *Reorientación*: a consecuencia del desencanto, la persona trata de reevaluar sus expectativas iniciales y de reestructurarlas de un modo más realista y ajustado a la realidad.
5. *Estabilidad*: se consigue mantener un adecuado ajuste entre las actitudes y las posibilidades reales. La persona es consciente de sus capacidades y limitaciones, sabe lo que se espera de ella y tiene asumido su nuevo rol.

Por lo que respecta a la jubilación entendida como *rol*, supone que el individuo asuma y reconozca un nuevo papel, con nuevas responsabilidades, estatus y prestigio social, de índole ya no laboral (Armada, 2002). Finalmente, a menudo la jubilación es vivida como un *suceso* o acontecimiento vital crítico, que, de no afrontarse adecuadamente, puede acarrear importantes consecuencias negativas para el bienestar psicológico del individuo, acentuando el proceso de envejecimiento, favoreciendo la aparición de la ansiedad, propiciando la pérdida de poder adquisitivo y de la identidad personal y profesional o restringiendo las relaciones sociales (Leturia, Yanguas y Leturia, 1993).

➤ **Los múltiples significados de la jubilación**

En el imaginario social, la jubilación es considerada un símbolo de transición a la vejez (Gómez, 2005). De hecho, uno de los mitos y estereotipos más difundidos en torno a esta etapa consiste en la equiparación entre persona jubilada y persona mayor. Esta generalidad es, sin embargo, errónea, puesto que algunos individuos abandonan el mercado laboral a una edad temprana, otros jamás se jubilan y tampoco son infrecuentes los casos en los que las personas vuelven a la actividad laboral después de haberse jubilado.

La jubilación puede adquirir, por consiguiente, múltiples significados, en tanto que depende en buena medida de las circunstancias personales (económicas, familiares, de salud, etc.) y de las actitudes que ante ella adopte la persona. En este sentido, Berjano y Llopis (1996) afirman que la jubilación constituye un proceso que influirá de modo diferencial en cada individuo en función de su propio proceso de desarrollo individual. Ahora bien, este proceso puede verse mediatizado por factores sociales y culturales, tales como la comparación social con los iguales, el sexo del trabajador

(en general, las mujeres suelen tener una mejor imagen de la jubilación y de sus consecuencias que los hombres) o el tipo de actividad laboral desarrollada a lo largo de la vida (cuanto más cualificado es el trabajo y más identificado se encuentra el individuo con él, más difícil le resulta asumir la nueva situación).

Una cuestión importante es conocer la visión de las personas mayores acerca de su propia jubilación. En una encuesta realizada en todo el territorio español, Pérez (2006) concluyó que nueve de cada diez mayores otorgan a la jubilación la significación que ha estado vigente durante todo el pasado siglo, esto es, como un período de merecido descanso tras una larga vida de trabajo. También ha gozado de un respaldo mayoritario la consideración de la jubilación como una etapa más de la vida, que, por consiguiente, presenta tanto aspectos positivos como negativos. Asimismo, en torno al 25 por 100 de los sujetos encuestados estaban conformes con la idea de que los jubilados constituyen ciudadanos de segunda categoría. A su vez, los resultados de este estudio también revelan que nuestros mayores valoran negativamente la posibilidad de seguir en el mercado laboral al rebasar la edad legal de jubilación. A tenor de estos resultados, cabe concluir que la concepción predominante que nuestros mayores tienen sobre la jubilación dista todavía de su consideración como período de desarrollo y crecimiento personal.

➤ **Impacto de la jubilación sobre la salud**

Dado que la jubilación constituye uno de los acontecimientos más críticos en la vida de las personas y una drástica ruptura con el estilo de vida y los roles desempeñados durante parte importante de la vida desarrollada hasta ese momento, parece lógico pensar que el individuo corre un serio riesgo de ver mermado su bienestar psicológico como consecuencia de su retirada del mundo laboral. En este sentido, Limón (1993) advierte de los potenciales riesgos que puede provocar la jubilación, así como sus principales manifestaciones:

- ⇒ Inmovilismo físico: cuyas principales manifestaciones serían la quietud, la pasividad, la inactividad o el apoltronamiento.
- ⇒ Inmovilismo mental: desinterés, melancolía, aburrimiento, desmotivación.
- ⇒ Inmovilismo afectivo: soledad, minusvaloración, déficit relacional, depresión.
- ⇒ Inmovilismo social: desvinculación, aislamiento, automarginación.

Sin embargo, a pesar de la potencial amenaza que la jubilación puede suponer para la salud física y psicológica del individuo, las evidencias parecen desmentir esta atmósfera pesimista. Así, en general, las personas mayores jubiladas se perciben con más salud que sus coetáneas no jubiladas, y no advierten que su salud haya experimentado cambios significativos a partir de la jubilación (Del Llano, Pérez e Hidalgo, 2004).

En esta línea, Van Solinge (2007) señala que la jubilación no es en sí misma beneficiosa o perjudicial para la salud del individuo, sino que ello vendrá

determinado por diversos factores:

- ⇒ *El modo en que afronte el individuo el proceso.* Aquellas personas que afrontan la jubilación con temor o con ansiedad tienen más probabilidades de padecer problemas de salud a consecuencia de ella. Por el contrario, tanto la salud objetiva como la autopercebida son más elevadas en aquellos trabajadores que no perciben la jubilación como algo negativo.
- ⇒ *La percepción de control personal en torno a la capacidad para afrontar con éxito los cambios que conlleva la jubilación.* Cuanto más elevada sea dicha percepción, menos se ve afectada negativamente la salud.
- ⇒ *La consideración de la jubilación como decisión voluntaria o involuntaria.* Aquellas personas que libremente escogen jubilarse presentan una mayor tendencia a experimentar un mejor estado de salud una vez abandonado su empleo que los individuos que se han visto forzados a jubilarse, quienes suelen mostrar un empeoramiento de su salud.

5.3. LA ADAPTACIÓN EXITOSA A LA JUBILACIÓN

Indudablemente, la actitud del individuo ante la jubilación determina en buena medida su grado de adaptación a ella. En dos polos opuestos se situarían, por un lado, aquellas personas que toman un posicionamiento sumamente negativo en torno a su jubilación, entendiéndolo que ésta supone «el principio del fin» (Leturia et al., 1993), puesto que la persona jubilada ha dejado de ser útil y «está de sobra». En el polo opuesto, sin embargo, se hallarían todas aquellas personas para quienes la jubilación supone la consecución de una meta deseada con anterioridad, pero a su vez un período en el que se emprenden nuevos proyectos personales y se asumen nuevos roles que le permiten crecer y autorrealizarse como persona.

En este sentido, parece que la etapa posterior a la jubilación es deudora de las anteriores fases de la vida, de tal modo que, en general, el estilo de vida desarrollado durante la juventud y adultez media puede resultar el mejor predictor del estilo de vida y la actitud con la que se afronta este nuevo período. De hecho, la mayor parte de las personas mayores, pese a disponer de mucho más tiempo que durante la etapa laboral, continúan desarrollando las mismas tareas y actividades que ya realizaban cuando estaban trabajando y se resisten a emprender otras nuevas (Forteza, 1990). Por tanto, uno de los factores de más peso a la hora de facilitar una transición hacia la jubilación sin consecuencias desadaptativas para la persona radica en el desarrollo de *recursos personales* (intereses, aficiones, destrezas, etc.) a lo largo de la vida, en paralelo a la actividad laboral.

➤ **Los programas de preparación para la jubilación**

Sin embargo, más importante, si cabe, es la provisión de una formación o una

preparación específica para la jubilación. Se antoja imprescindible la adopción de medidas específicas destinadas a que los mayores ocupen su tiempo satisfactoriamente y puedan llevar a cabo una transición armoniosa, serena y feliz desde la vida laboral hacia la jubilación (Adams y Rau, 2011). En este sentido, los programas y cursos de preparación para la jubilación constituyen, por un lado, un instrumento de prevención, en tanto que permiten la anticipación de nuevas situaciones, y, por otro, de desarrollo, puesto que promueven la asunción de nuevos roles y ofrecen nuevas posibilidades de participación en esta etapa (Triadó, 2001). Su objetivo prioritario, así pues, es proporcionar sugerencias e ideas a los individuos sobre las opciones de desarrollo y crecimiento personal que se les abren una vez abandonen la vida laboral. De acuerdo con Leturia et al. (1993), los principales objetivos de estos programas serían:

- ⇒ Ofrecer un sentido diferente a la jubilación y destacar sus aspectos positivos.
- ⇒ Hacer partícipes a las personas jubiladas de la planificación de su propio futuro poslaboral.
- ⇒ Facilitar la integración de las personas jubiladas en nuevas formas de utilidad social.
- ⇒ Crear aficiones y nuevos hobbies, preparando al individuo para realizar actividades diferentes de las habituales.
- ⇒ Facilitar información sobre los servicios sociales comunitarios.
- ⇒ Ayudar a conseguir una utilización satisfactoria del tiempo libre del que se va a disponer en los próximos años.

Como principales beneficios, los programas de preparación para la jubilación favorecen que, a corto-medio plazo, el individuo se adapte mejor a la jubilación. Asimismo, se reducen los sentimientos de frustración y la sensación de angustia y se obtiene una mayor motivación en la realización de actividades no laborales. De hecho, los estudios indican que aquellas personas que llevan a cabo una planificación de su propia jubilación desarrollan actitudes más favorables hacia ésta, experimentan niveles más bajos de ansiedad y de depresión (Glass, 1995) y muestran una mayor satisfacción una vez jubiladas (Quick y Moen, 1998). A modo de síntesis, en la figura 5.1 se exponen los factores clave a la hora de lograr una adaptación exitosa a la jubilación.

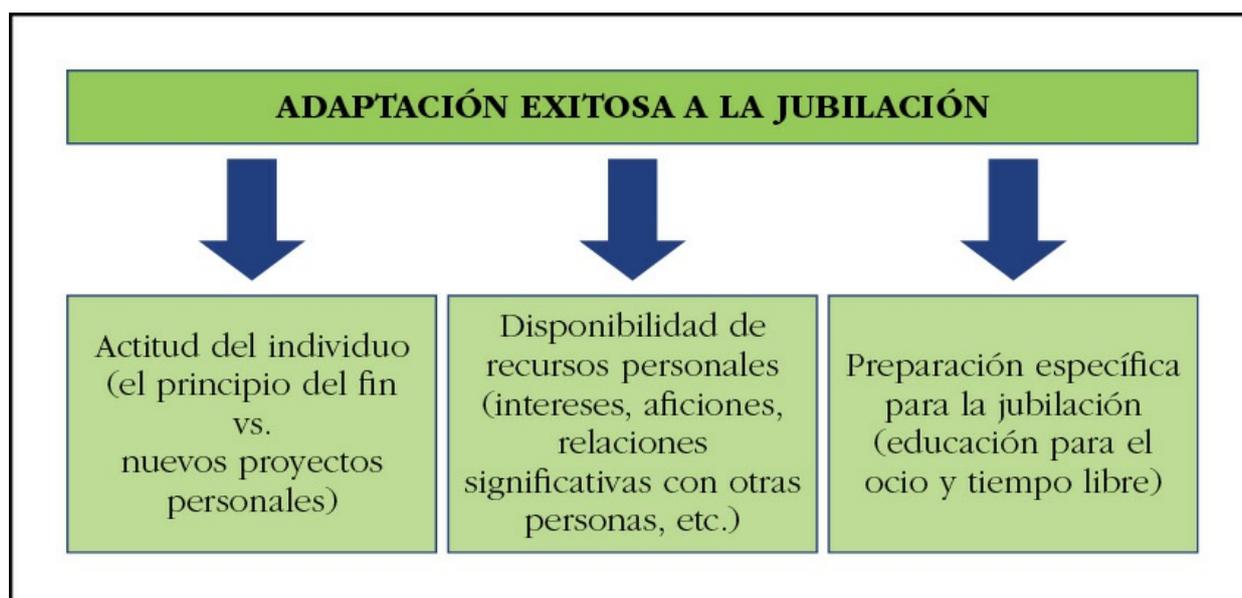


Figura 5.1. Principales determinantes de la adaptación exitosa a la jubilación.

➤ Jubilación gradual vs. jubilación repentina

Una de las variables más controvertidas a la hora de favorecer una óptima adaptación a la jubilación es el modo en que se produce el abandono de la vida laboral (gradual vs. repentina). En este sentido, cabría pensar que una transición gradual de la vida activa a la jubilación será más favorable a efectos de garantizar una adaptación satisfactoria, de tal modo que aquellas personas que hayan desarrollado una progresiva entrada en la jubilación se sentirán más felices con su nueva vida que aquellas que lo hayan hecho de forma brusca y repentina. Sin embargo, algunos estudios (p. ej., Calvo, Haverstick y Sass, 2009) no avalan esta hipótesis, dado que parece que el nivel de felicidad de las personas jubiladas no depende tanto del modo en que se produjo su abandono de la vida laboral como de otros factores más importantes, como la percepción de control personal a la hora de decidir cómo llevar a cabo el proceso de transición de la vida activa hacia el retiro.

No obstante, Forteza (1990) apunta una serie de opciones laborales a las que podrían acogerse las personas tras su jubilación, y que estarían encaminadas a prolongar la actitud activa de las personas mayores y a reducir el posible impacto negativo que podría suponer la finalización de la vida laboral cuando ésta no es deseada. Entre estas opciones, se proponen el trabajo voluntario no retribuido, el trabajo compartido con otra persona próxima que desempeñe una actividad laboral reconocida o la figura del mentor, asesorando y adiestrando a grupos o a individuos que se inician en la actividad laboral. En esta misma línea, Cabanach et al. (2003) abogan por permitir que las personas mayores continúen realizando tareas remuneradas mientras lo deseen y estén en condiciones de hacerlo desde un punto de vista productivo, así como por adoptar políticas para ampliar sus posibilidades de empleo (jubilación flexible, entornos laborales adaptables, rehabilitación profesional para personas mayores con discapacidad, etc.).

5.3.1. El ocio y el tiempo libre como oportunidades para el crecimiento personal

Una vez que se produce de forma oficial la salida del mundo laboral, las actividades cotidianas que realiza la persona mayor adquieren una importancia fundamental en su bienestar y en su satisfacción, ya que tiene que gestionar una gran cantidad de tiempo libre. De alguna manera, dichas actividades constituyen un equivalente funcional del trabajo. En efecto, tras la jubilación, la persona se encuentra ante la tarea vital de reasignar su tiempo laboral a otras actividades con el fin de seleccionar aquellas que le permitan reorientar su vida cotidiana hacia dominios que favorezcan un mayor desarrollo personal y un sentido de autoexpresión.

De acuerdo con Fernández-Ballesteros y colaboradores (Fernández-Ballesteros et al., 2011; Molina, Schettini, López-Bravo, Zamarrón y Fernández Ballesteros, 2011), estas actividades cotidianas podrían clasificarse en cuatro tipologías: productivas, intelectuales, sociales y vinculadas al cuidado de la salud (figura 5.2).

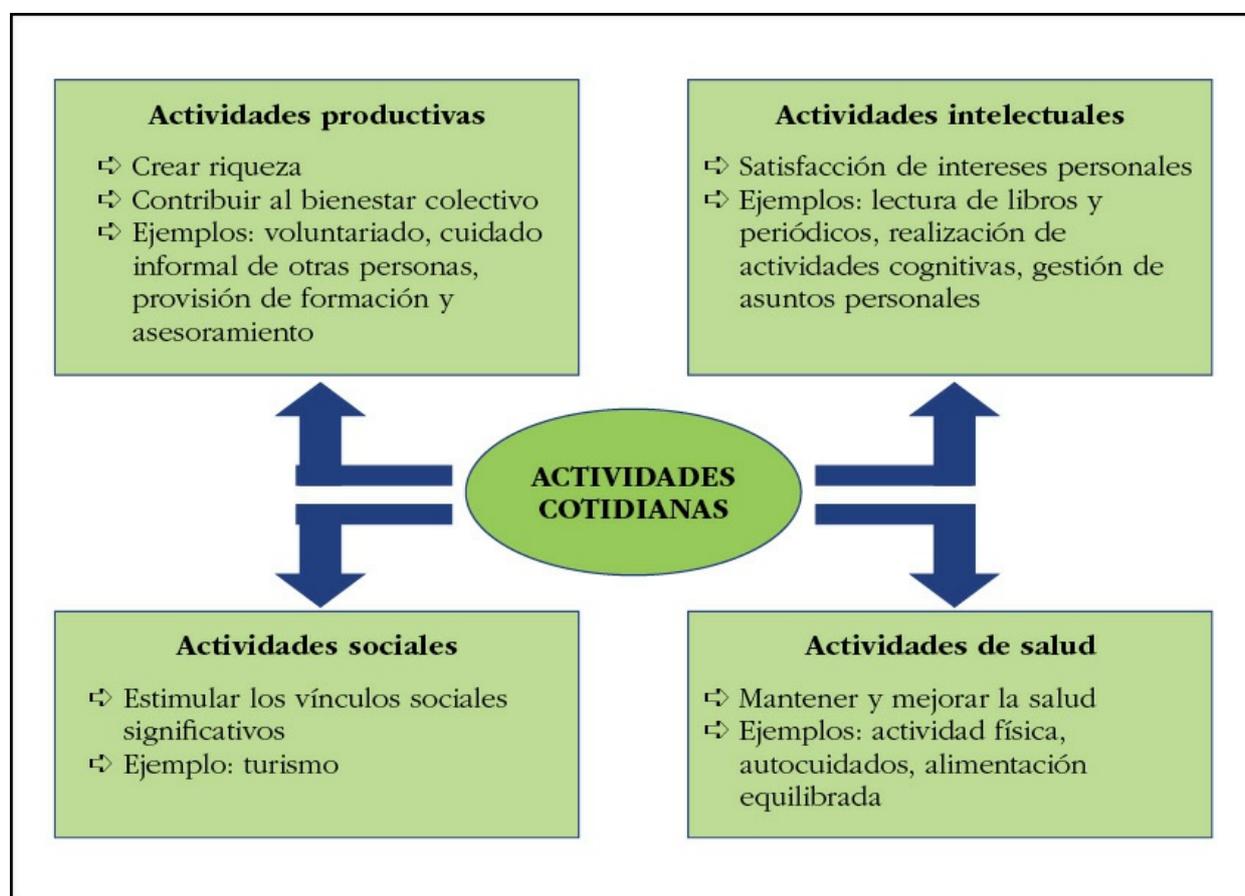


Figura 5.2. Taxonomía de actividades cotidianas (Fernández-Ballesteros et al., 2011).

La ocupación del tiempo libre a través de estas actividades cotidianas adquiere, por tanto, especial relevancia como reestructuradora de la identidad personal y social, ya no sólo de cara a rellenar el vacío producido por el abandono de la vida laboral, sino también para compensar las pérdidas experimentadas por los cambios propios del envejecimiento (Armadans, 2002).

No se trata de involucrarse en muchas actividades para llenar el tiempo libre, sino de que tales actividades permitan que la persona mayor pueda continuar cultivando su inteligencia, sus habilidades y destrezas o los conocimientos que ha ido adquiriendo, así como satisfacer sus intereses e imprimir un sello personal a aquello que lleva a cabo.

Se produce, de este modo, una recíproca interrelación entre ocio y desarrollo personal, en tanto que las actividades de ocio, por un lado, proporcionan una experiencia generadora de crecimiento personal y, por otro, son el resultado de los propios procesos de desarrollo individual (Martínez y Amayra, 2006). Desde esta perspectiva, el *ocio* podría definirse como «un conjunto de ocupaciones y/o actividades a las que el individuo puede entregarse de manera completamente voluntaria, sea para descansar, sea para divertirse, sea para desarrollar su información o su formación desinteresada, su participación social voluntaria, tras haberse liberado de sus obligaciones profesionales, familiares y sociales» (Armadans, 2002, p. 27).

Dos son, por tanto, las características definitorias del ocio (Sáez, Aleixandre y Meléndez, 1994):

- ⇨ La *libertad*, que contrasta con la obligatoriedad de la actividad laboral.
- ⇨ La *motivación* que experimenta el individuo, esto es, el grado de satisfacción que comporta el ejercicio mismo de la actividad.

Se trata, en definitiva, de un tiempo dedicado a la satisfacción de necesidades autocreadas o autoestablecidas. Naturalmente, dichas actividades u ocupaciones han de ajustarse a las necesidades y requerimientos de las personas mayores, esto es, deben ser actividades libremente escogidas por ellas, sobre las que perciban que poseen un alto grado de autoeficacia y de control personal y que, además, les permitan no sólo mantener sus habilidades en determinadas facetas sino incluso incrementar su competencia en otras.

Existe suficiente evidencia que acredita que el ocio, cuando adquiere una significación personal, constituye un pilar importante del envejecimiento exitoso, contribuyendo a la experimentación de altos niveles de calidad de vida y de bienestar subjetivo y psicológico en las personas mayores (Gibson y Singleton, 2012; López, Navarro y Requena, 2015; Newman, Tay y Diener, 2013; Nimrod, 2007). Entre los beneficios que se le atribuyen en esta etapa del ciclo vital, se señalan sus propiedades terapéuticas, en la medida en que el ocio puede funcionar como recurso frente a situaciones estresantes, favoreciendo su afrontamiento y actuando como factor de protección frente al aislamiento social, la depresión y la demencia o disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares e, incluso, el riesgo de mortalidad (Nilsson, Löfgren, Fisher y Bernspang, 2006; Silverstein y Parker, 2002; Toepoel, 2013; Whitbourne, Neupert y Lachman, 2008). De hecho, algunos trabajos recientes en el ámbito de los procesos cognitivos en la vejez señalan que la participación de las personas mayores en un elevado número de actividades de ocio, especialmente si éstas están bien planificadas y estructuradas, se relaciona con un riesgo significativamente más bajo de padecer alteraciones en la memoria (Fernández-

Mayoralas et al., 2015; Nimrod, 2011; Plaza, Requena, Rosario y López, 2015; Ward, Summers, Saunders y Vickers, 2014).

➤ Factores que inciden en el ocio en la vejez

Indudablemente, el ocio ocupa un lugar destacado a lo largo de todo el ciclo vital del individuo. Sin embargo, existen marcadas diferencias en cuanto al tipo de actividades llevadas a cabo conforme se aproxima la vejez. En su concreción influyen aspectos como la edad, el género, el estilo de vida o el estado de salud, pero también la situación económica y el nivel cultural de la persona, el hábitat, los factores generacionales o los estereotipos sociales (tabla 5.1).

• *Edad*

Por lo general, la edad atenúa la implicación de las personas mayores en actividades de ocio (Van der Meer, 2008). Así, mientras que durante la etapa de adulto joven la mayoría de las actividades de ocio tienden a ser muy activas y centradas fuera del hogar (p. ej., practicar deportes, ir al cine o a restaurantes) y se conciben como una «válvula de escape» frente a las presiones laborales y familiares, la mediana edad actúa como etapa de transición entre las actividades de ocio del período vital anterior y el estilo de ocio más pasivo de las personas mayores.

De este modo, comienzan a sustituirse las actividades que exigen «much acción» por otras más pasivas, como la lectura (Gómez, 2005). En efecto, en lo que respecta al contexto español, diferentes estudios evidencian una marcada tendencia hacia actividades de ocio pasivo por parte de nuestros mayores. Así, parece que éstos optan prioritariamente por aquellas actividades que se pueden llevar a cabo dentro del ámbito doméstico (ver la televisión, escuchar la radio, leer, etc.), mientras que pasear y hacer la compra suponen las actividades más frecuentemente realizadas fuera del hogar (García y Lara, 2013; Pérez, 2006). Sin embargo, a excepción de las prácticas religiosas, la asistencia y participación de los mayores en eventos culturales tales como los conciertos, el cine, el teatro o los museos, o en actividades asociativas (clubes, organizaciones, etc.), son significativamente más bajas que en personas más jóvenes, y tanto más bajas cuanto más avanzada es la edad de los individuos (IMSERO, 2008). Se produce, de este modo, lo que Nimrod y Shrira (2014) denominan «la paradoja del ocio en la vejez», en la medida en que, si bien la implicación en las actividades de ocio constituye un factor que favorece la experimentación de altos niveles de calidad de vida y bienestar en esta etapa de la vida, el compromiso con estas actividades va progresivamente menguando con la edad.

• *Género*

También parecen existir diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a las

preferencias en la realización de actividades de ocio. De esta manera, los hombres optarían en mayor medida por acudir a los bares y a los clubes u otras sociedades de carácter recreativo, ya sean específicos para mayores o no. También suelen realizar más actividad física. Por el contrario, las mujeres parecen optar en mayor medida por actividades acordes con el rol de ama de casa: hacen la compra, sobre todo la diaria, más que los hombres, realizan más labores de costura o similares y van más a la iglesia (Pérez, 2006). Sin embargo, hombres y mujeres comparten aquellas actividades orientadas hacia elementos de tipo social y familiar, tales como pasear con los nietos, llevarlos a casa o al colegio, pasear, visitar o cuidar amigos e ir al cine o al teatro (Sáez et al., 1994).

En suma, por encima de los 65 años de edad, en general son los individuos más jóvenes y los hombres quienes participan en mayor medida en actividades de ocio. Además, estos dos perfiles también correlacionan con una mayor satisfacción con tales actividades (Fernández-Ballesteros, 1997).

- *Estilo de vida y estado de salud*

La implicación en actividades de ocio presenta importantes diferencias individuales en la medida en que se encuentra parcialmente mediatizada por las propias preferencias del mayor, resultado de sus metas, valores e intereses personales. Estas preferencias individuales condicionan la configuración de un estilo de vida a lo largo de la juventud y adultez media, que suele tener continuidad en la vejez. En nuestro contexto, las nuevas generaciones de mayores, como consecuencia de los cambios económicos, sociales y culturales producidos en las últimas décadas, presentan estilos de vida más activos que las cohortes anteriores (Bazo, 1996).

Pero en ese estilo de vida y, por consiguiente, en el tipo de ocio desarrollado, influye también el estado de salud de la persona. Así, según va aumentando la edad y aparecen limitaciones funcionales, disminuyen significativamente tanto el número de actividades realizadas como la satisfacción que producen (Gómez-Redondo y Fernández-Carro, 2014).

- *Recursos económicos, nivel cultural, hábitat*

Los recursos económicos, el nivel cultural y el hábitat son también variables determinantes en el tipo y grado de realización de actividades de ocio en la vejez. Cuanto menor es el nivel cultural del individuo, menor suele ser su implicación en actividades de ocio que le permitan crecer y enriquecerse personalmente. Asimismo, los recursos económicos condicionan sobremanera tanto la oferta de actividades de ocio como el acceso de los usuarios a aquellas que implican un mayor coste, como el turismo o los eventos culturales. Por lo que respecta al hábitat, en general, aquellas personas mayores que habitan en ambientes urbanos disponen de un repertorio de actividades más amplio que los que habitan en emplazamientos rurales.

• *Factores generacionales y estereotipos sociales*

Los aspectos socioculturales influyen sobre los hábitos de ocio de los individuos, de tal manera que cada cohorte de personas mayores diferirá, al menos parcialmente, en cuanto a sus inquietudes e intereses a la hora de ocupar el tiempo libre. Con toda probabilidad, las formas de ocio y tiempo libre en el colectivo de mayores de hoy en día poco o nada tendrán que ver con las de sucesivas generaciones de personas mayores. Pero el tipo de implicación de los mayores en actividades de ocio puede verse condicionado a su vez por los estereotipos sociales en la medida en que cada sociedad establece lo que es normativo para cada período del ciclo vital. En este sentido, la consideración de la vejez como una etapa eminentemente pasiva e inactiva socialmente puede disminuir las creencias de capacidad de las personas mayores para implicarse en la vida de su comunidad y escoger actividades de ocio que estimulen su crecimiento y realización personal.

TABLA 5.1
Factores que inciden en el desempeño del ocio de las personas mayores

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA	Los intereses e inquietudes vinculados al ocio se suelen desarrollar en etapas anteriores a la jubilación. En general, suele existir continuidad entre las actividades de ocio desempeñadas durante la adultez media y la vejez.
EDAD	Por regla general, la implicación en actividades de ocio fuera del hogar decrece con la edad, incrementándose la tendencia a desarrollar actividades domésticas, como ver la televisión, escuchar la radio o leer.
GÉNERO	Los hombres suelen realizar más actividades de ocio fuera del hogar que las mujeres; el ocio en las mujeres se encuentra, por lo común, más vinculado al hogar.
NIVEL DE AUTONOMÍA FUNCIONAL	La realización de actividades de ocio y su tipología están estrechamente vinculadas a la salud. Cuanta más autonomía funcional tenga la persona, mayor implicación en actividades de ocio y mayor participación social.
NIVEL CULTURAL	A mayor nivel cultural, mayor probabilidad de poseer un repertorio amplio de intereses e inquietudes para ocupar el tiempo libre.
ESTEREOTIPOS SOCIALES	La existencia de prejuicios en torno al tipo de actividades de ocio que son normativas en la vejez puede influir en la autoeficacia de la persona mayor y condicionar sus elecciones.
FACTORES GENERACIONALES	El tipo de actividades de ocio se encuentra mediatizado por factores generacionales. Distintas cohortes de personas mayores diferirán en la ocupación de su tiempo libre.
FACTORES ECONÓMICOS	Cuanto mayores son los recursos económicos, mayor es el acceso a actividades de ocio.
HÁBITAT	La oferta de actividades de ocio suele ser más amplia y diversa en entornos urbanos que en el ámbito rural.

5.3.2. La participación social de las personas mayores

El ocio no es sino una forma que tiene la persona mayor de participar activamente en la vida de su comunidad. Basándose en los importantes beneficios que produce sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, las corrientes que promulgan el envejecimiento socialmente activo están emergiendo con fuerza. Este nuevo paradigma surge como alternativa al modelo del declive que durante años sirvió para caracterizar el desarrollo en la vejez, y que aún hoy continúa sustentando muchas formas estereotipadas de entender esta etapa evolutiva. El enfoque activo del envejecimiento se propone favorecer la construcción de procesos inclusivos en la sociedad para que las personas mayores tengan su espacio en ella y puedan contribuir de forma activa y útil a su desarrollo, lo que, a su vez, les posibilitará la consecución de metas cada vez más altas en su autorrealización personal. Apoyándonos en los resultados de diversos estudios (Glass, Mendes de León, Bassuk y Berkman, 2006; Jang, Mortimer, Haley y Borenstein, 2004; Krause, 2007b; Marín y García, 2004), entre los principales beneficios que para la persona mayor reporta la participación activa en la vida de su comunidad se encontrarían los que figuran en la tabla 5.2.

TABLA 5.2
Principales beneficios asociados a la participación social en la vejez

- ⇒ Contribuye al mantenimiento de las capacidades físicas y cognitivas, retrasando el deterioro.
- ⇒ Favorece la percepción de control y el afrontamiento adaptativo del estrés.
- ⇒ Estimula el desarrollo máximo de las potencialidades individuales y la asignación de un propósito a la vida.
- ⇒ Incrementa la satisfacción vital.

Formas de participación social en la vejez

En general, las personas mayores afirman que hacer algo por los demás y adquirir nuevos conocimientos y habilidades son las mejores vías para enriquecerse personalmente (Bazo, 1996), lo que parece indicar que, en la actualidad, el adulto mayor presenta un creciente interés por implicarse en diferentes formas de participación social que le posibiliten crecer personalmente y autorrealizarse. En efecto, las personas mayores desean seguir siendo y sintiéndose ciudadanos de pleno derecho y, como tales, actores protagonistas de la vida de su comunidad. Este protagonismo conlleva la necesidad de sentirse socialmente útiles, realizando tareas y funciones que redunden en un bienestar social. Tareas que ya están desarrollando, pero que no se reconocen. De acuerdo con Subirats (2011), es preciso equiparar «trabajar» a «generar valor», tenga o no esa actividad una contraprestación económica. Desde esta concepción, las personas mayores continúan trabajando una vez jubiladas. Trabajan cuando cuidan de sus hijos o de sus nietos, cuando participan en actividades de voluntariado, lo hacen también cuando contribuyen a que no se pierdan oficios, formas de cocinar o elementos de memoria histórica (figura 5.3). Este tipo de actividades favorecen, sin ningún género de duda, un mayor bienestar social y comunitario. Por tanto, el interés por la generatividad, a la que aludíamos en el

capítulo anterior como una característica prototípica de las últimas etapas de la vida, cobra pleno significado en este afán por aunar el desarrollo personal —encontrar un propósito a la existencia propia— con el desarrollo social —transmitir conocimientos y valores a las nuevas generaciones, procurando su bienestar— (Villar, 2012).

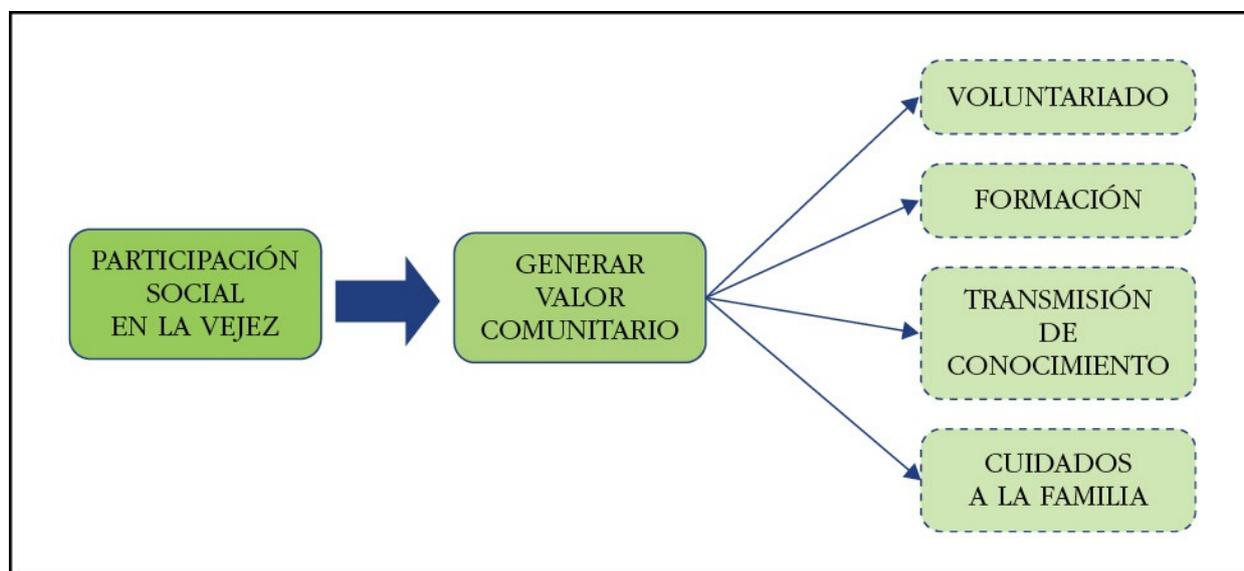


Figura 5.3. Formas de participación social en la vejez.

Si bien son múltiples y muy diversas las actividades en las que los mayores pueden implicarse activamente en la vida de su comunidad, en nuestro contexto cultural las principales formas de participación social de las personas mayores son la provisión de recursos y cuidados a la familia (nietos y personas dependientes, fundamentalmente), el asociacionismo y la formación. Dado que la primera cuestión ya fue abordada en el capítulo anterior, nos centraremos en analizar la contribución social de las personas mayores a través del asociacionismo y la formación.

- *Asociacionismo*

Por lo que respecta al *asociacionismo*, tradicionalmente las personas mayores han evidenciado una alta participación en actividades religiosas. Pero, además, en los últimos años las políticas de envejecimiento activo están promoviendo entre los mayores un asociacionismo más dinámico y participativo que en épocas anteriores, lo que se está traduciendo en unas cuotas de colaboración cada vez más elevadas de nuestros mayores en asociaciones de diversa índole, tales como los clubes y hogares de jubilados o las ONG. En este sentido, está emergiendo especialmente el *voluntariado*. Las tareas de voluntariado pueden definirse como «trabajo no remunerado proporcionado a individuos a los que la persona trabajadora no debe obligaciones contractuales, familiares ni de amistad» (Wilson y Musick, 1997, p. 694).

Las personas mayores constituyen un objetivo central de cara a desarrollar una

participación ciudadana activa, no sólo debido a su alta disponibilidad de tiempo libre, sino también a sus experiencias personales, su interés y dedicación, así como a sus conocimientos. En este sentido, los datos más recientes de que disponemos (Plataforma de Voluntariado de España, 2015) indican que, en nuestro país, casi un diez por ciento (8,41 por 100) de las personas mayores se implican en actividades de voluntariado, ofrecen cifras superiores los adultos de mediana edad.

Analizando el perfil de la persona mayor que participa en actividades de voluntariado, se constata que su presencia en este tipo de organizaciones disminuye con la edad, mientras que un mayor nivel de escolarización, así como una mejor percepción del estado de salud, correlacionan positivamente con la implicación en ellas. Asimismo, son las mujeres quienes participan en este tipo de actividades en mayor grado (IMSERSO, 2011).

Las personas mayores que participan en actividades de voluntariado no sólo están contribuyendo al beneficio de otros, sino también al suyo propio. En la tabla 5.3 se presentan los potenciales beneficios que, de acuerdo con numerosos estudios (p. ej., Harris y Thoresen, 2005; Kahana, Bhatta, Lovegreen, Kahana y Midlarsky, 2013; Lum y Lightfoot, 2005; Mellor et al., 2009; Okun, Yeung y Brown, 2013; Von Bonsdorff y Rantanen, 2011), conlleva el voluntariado para las personas mayores.

TABLA 5.3
Principales beneficios de la participación en actividades de voluntariado

- ↪ Mejor salud autopercebida, tanto física como psicológica.
- ↪ Mayor esperanza de vida.
- ↪ Menor riesgo de depresión y de mortalidad.
- ↪ Mayor autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales.
- ↪ Mejora de la autoestima.
- ↪ Sentimientos de utilidad.

Estos beneficios asociados al voluntariado serían especialmente acusados cuando la persona mayor posee un verdadero interés prosocial a la hora de implicarse en la actividad de voluntariado, cuando el tiempo dedicado a dicha actividad es elevado y cuando la persona mayor percibe que su esfuerzo conlleva beneficios para otras personas (Anderson et al., 2014).

• *Formación*

A pesar de los bajos niveles educativos formales que, en términos generales, presentan las personas mayores, en la actualidad existe una creciente oferta y demanda de cursos formativos dirigidos a este colectivo, lo que pone de manifiesto el elevado interés, tanto de instituciones y entidades educativas como de los propios mayores, por desarrollar una línea orientada al envejecimiento activo a través de la autorrealización personal (IMSERSO, 2008).

Esta creciente tendencia hacia la formación de las personas mayores se inscribe

dentro de las perspectivas del aprendizaje como proceso a lo largo de todo el ciclo vital. Desde esta consideración, la realización de actividades formativas supone un estímulo para el crecimiento personal de las personas mayores, dado que, a diferencia de otros períodos etarios, en los que la formación constituye usualmente un medio para alcanzar metas ajenas al propio proceso formativo (incorporarse al mundo laboral, promocionar profesionalmente, etc.), en la vejez la formación posibilita el placer per se del aprendizaje (Valle, 2014). Boulton-Lewis (2010) ha sistematizado los beneficios que para la persona mayor reporta la realización de actividades de aprendizaje, entre los que destacarían el estar al tanto de la actualidad en numerosos campos, así como el incremento de los niveles de auto-confianza, autonomía y relaciones sociales.

Desde este planteamiento, se está promoviendo una gran cantidad y variedad de ofertas de formación (charlas, conferencias, tertulias, talleres, actividades intergeneracionales, etc.) de temática diversa (salud, derechos, actividad física, autocuidados, TIC, lectura, artesanía, artes escénicas y cinematográficas...), programas de apoyo al mantenimiento y/o recuperación de la memoria, formación en nuevas tecnologías, etc. Un claro exponente de estas iniciativas formativas dirigidas a las personas mayores lo constituyen los Programas Universitarios para Mayores, en los que se han embarcado en las últimas décadas las instituciones universitarias de numerosos países desarrollados. En España, la mayoría de los programas universitarios para mayores son organizados por las universidades públicas y tienen una duración media de tres cursos académicos. La oferta formativa se orienta, fundamentalmente, hacia áreas como las ciencias sociales, las humanidades y las ciencias de la salud.

Algunas de las actividades formativas universitarias están enfocadas específicamente para los mayores (los denominados «programas de tercera generación») y, por tanto, cuentan con un currículo adaptado, desarrollado al margen de la actividad universitaria ordinaria. Otras actividades, en cambio, se comparten con los jóvenes universitarios (programas integrados), mientras otras son de tipo mixto (Martorell, Medrano, Solé, Vila y Cabeza, 2009).

El perfil prototípico de la persona mayor que se implica en este tipo de actividades es el de una mujer casada y con un nivel alto de estudios que busca, a través de ellas, autorrealizarse, ampliar sus conocimientos, distraerse y sentirse útil (Solé, Triadó, Villar, Riera y Chamarro, 2005).

➤ **Medidas para estimular la participación social de las personas mayores**

Considerando los importantes beneficios que puede comportar para la persona mayor, es esencial que los poderes públicos promuevan y desarrollen medidas encaminadas a incrementar su participación social. Tres serían las directrices en torno a las cuales debe girar todo proceso tendente a estimular la participación social de los mayores: «positivizar» el envejecimiento, educar al mayor en el ocio y tiempo libre y posibilitar la implicación en actividades acordes con las motivaciones, conocimientos

y competencias de los mayores.

- *«Positivizar» el envejecimiento*

Las políticas de envejecimiento activo abogan por un nuevo modo de vivenciar la vejez. Esta nueva perspectiva se propone erradicar los prejuicios y estereotipos sociales hacia las personas mayores, dado que suponen un importante obstáculo para su crecimiento y desarrollo personal. Se pretende, por tanto, «positivizar» el envejecimiento y la vejez, desarrollando las potencialidades del ser humano con independencia del período del ciclo vital en el que se encuentre.

- *Educar y formar en el ocio y tiempo libre*

La intervención educativa dirigida hacia las personas mayores debe pasar, ineludiblemente, por proporcionar una educación para el ocio con el fin de que las personas mayores, al gozar de una considerable cantidad de tiempo libre, no caigan en un «vacío existencial». Ha de tenerse en cuenta, como señala Moragas (1989), que el jubilado recibe el capital de su tiempo libre, pero ha de saber cómo invertirlo adecuadamente porque, de lo contrario, se convierte en una carga en lugar de ser una oportunidad para mejorar su calidad de vida.

De acuerdo con Martín y Requejo (2005), los objetivos de la intervención educativa en las personas mayores serían:

- ⇒ *Prevenir declives prematuros como consecuencia del envejecimiento.*
- ⇒ *Facilitar roles significativos a las personas mayores para favorecer una integración normalizada en su contexto social.* Con ello se pretende promover la reconstrucción de la identidad social del mayor a través de diversas formas de participación comunitaria que permitan dotar de significado a su vida. Por ello, estas formas de participación social deben proporcionar oportunidades para que los mayores puedan compartir experiencias y emociones con familiares y amigos y sentir, de este modo, que pueden aportarles algo a los demás.
- ⇒ *Desarrollar o potenciar el crecimiento y el desarrollo personales en las esferas afectiva, física y mental.* Este objetivo se orienta hacia la creación de contextos que estimulen, entre otros aspectos, la curiosidad intelectual, la actitud lúdica o el autoconocimiento (conciencia y aceptación de uno mismo), todo lo cual favorecerá su bienestar psicológico. Supone, en definitiva, el desarrollo de una educación para el ocio, orientando y asesorando a las personas mayores en el disfrute de su tiempo y, en consecuencia, ayudándoles a autorrealizarse como individuos.

- *Implicación en actividades acordes con las motivaciones, conocimientos y competencias de los mayores*

Toda intervención educativa que pretenda ser eficaz debe tener en cuenta tres consideraciones en relación con las personas mayores (Vega, Buz y Bueno, 2002):

- ⇒ La *motivación*, esto es, el deseo de las personas mayores de continuar activas en la vida de su comunidad. Por tanto, es preciso proporcionar una oferta de actividades acorde con sus intereses, necesidades y capacidades.
- ⇒ El *grado de información y conocimientos* que los mayores tienen sobre las actividades que pueden realizar y que pueden enriquecerles personalmente. En este sentido, parece existir una considerable heterogeneidad en cuanto al nivel de conocimientos de las personas mayores sobre la oferta de programas y servicios orientados hacia su participación social, de manera que es preciso establecer canales de divulgación que permitan un mejor acceso a la oferta de actividades por parte del colectivo de personas mayores.
- ⇒ *Es preciso que la oferta educativa esté al alcance de todos los mayores*, teniendo en cuenta que dentro de este colectivo existe una gran diversidad en cuanto a posibilidades físicas, intelectuales y económicas. Sin embargo, incluso los mayores que gozan de un estado de salud precario pueden beneficiarse de un amplio repertorio de actividades que les permitan optimizar sus potencialidades personales.

5.4. LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

De entre los numerosos estereotipos vinculados a la vejez se encuentra el aserto de que las personas mayores son individuos «asexuados», bajo la consideración de que el sexo ha dejado de tener interés para ellos o es perjudicial para su salud.

Cierto es que, aún hoy en día, un importante sector de la sociedad continúa rechazando o ridiculizando las situaciones en las que las personas mayores muestran interés por mantenerse sexualmente activas. Esto puede constituir una medida de presión sobre los mayores que les conduzca a considerar la sexualidad una actividad impropia de la vejez. Estas barreras sociales hacia la sexualidad en la vejez son todavía más acusadas en el caso de los mayores institucionalizados, en los que la frecuencia de conductas sexualmente activas es sensiblemente más baja que entre aquellos que viven en la comunidad (Spector y Femeth, 1996). Entre estas barreras se encontrarían la ausencia de privacidad, así como la carencia de protocolos institucionales en torno a la regulación de la expresión sexual de los residentes (Villar, Fabá, Celdrán y Serrat, 2014).

Sin embargo, el rechazo social a la idea de la actividad sexual hasta el final de la vida va superándose paulatinamente. De hecho, algunos estudios (p. ej., Fernández-Ballesteros, 1997; Gott y Hinchliff, 2003; Sierra et al., 2013) ponen de manifiesto que, si bien el vigor sexual va disminuyendo con el paso de los años, resulta totalmente infundada la idea de la persona mayor asexuada, dado que un elevado porcentaje de personas de entre 65 y 70 años continúan desarrollando una actividad sexual regular. En este sentido, parece que dos de los factores que más influyen en el

funcionamiento sexual de los mayores son de índole psicosocial (Santos-Iglesias, Sierra y Vallejo-Medina, 2013; Sierra et al., 2013): su actitud sexual (es decir, lo que la persona piensa acerca de la actividad sexual), así como su grado de asertividad sexual (capacidad para iniciar contactos sexuales, expresar deseos o rechazar contactos sexuales no deseados).

Conviene tener presente que la sexualidad humana va más allá de lo meramente fisiológico. En efecto, la sexualidad también posee una vertiente afectiva: el deseo, la atracción, el enamoramiento, la intimidad, el cariño, la ternura, la caricia, el abrazo, el cuidado mutuo, etc. Todos ellos son aspectos que se mantienen intactos e, incluso, pueden mejorar en la vejez (López, 2012). Por tanto, la sexualidad puede erigirse en un ámbito de crecimiento y realización personal que contribuya al bienestar y a la calidad de vida de los mayores, ayudando a retrasar el declive asociado a la edad (Cayo, Flores, Perea, Pizarro y Aracena, 2003; Robinson y Molzahn, 2007).

Debemos puntualizar, no obstante, que aceptar la sexualidad en la vejez no debe implicar para la persona mayor una sensación de imposición o de presión para que mantenga una vida sexual activa. Como afirma López (2012), la actividad sexual no es obligatoria a ninguna edad, y, por ende, tampoco lo es en la vejez. La persona mayor debe sentirse libre para vivir su sexualidad como desee.

Por consiguiente, dentro del colectivo de personas mayores, podemos considerar la existencia de una gran diversidad de posicionamientos a la hora de aceptar la sexualidad como un aspecto que contribuye a su crecimiento personal y a desarrollar un envejecimiento satisfactorio, de la misma manera que también es posible un envejecimiento satisfactorio sin sexo, siempre que sea una decisión asumida libremente por la persona mayor.

Actividades de evaluación

- ⇒ Señala tres factores que pueden favorecer una adecuada adaptación a la jubilación.
- ⇒ ¿Pueden suponer las actividades de ocio y tiempo libre una oportunidad para favorecer el crecimiento personal en la vejez? Justifica tu respuesta.
- ⇒ Explica qué tipo de actividades pueden contribuir a la participación social de las personas mayores.
- ⇒ ¿Podemos catalogar a las personas mayores como asexuadas? Razona tu respuesta.

6. EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS MAYORES

Objetivos

- ⇒ Conocer el perfil prototípico del cuidador informal de personas mayores en situación de dependencia.
- ⇒ Analizar las principales consecuencias físicas, psicológicas y sociales que puede ocasionar el cuidado de personas mayores en situación de dependencia.
- ⇒ Comprender los factores significativos que inciden en el estrés del cuidador.
- ⇒ Valorar las principales medidas de intervención encaminadas a favorecer el bienestar del cuidador informal de personas mayores en situación de dependencia.

Presentación del capítulo

El último capítulo de esta obra está dirigido a la figura del cuidador de personas mayores en situación de dependencia. El cuidado de personas mayores dependientes supone una actividad de enorme exigencia y complejidad que a menudo acarrea importantes consecuencias negativas para la salud física y psicológica de los propios cuidadores. A lo largo del capítulo se analizan los factores contextuales y personales que inciden en el bienestar del cuidador y se señalan algunas medidas tendentes a mejorar su funcionamiento psicológico.

6.1. INTRODUCCIÓN

Indudablemente, la vejez constituye una etapa del ciclo vital en la que se suceden importantes y significativos cambios en el funcionamiento fisiológico, psicológico y social. Estos cambios, como se ha venido exponiendo en capítulos anteriores, no sólo implican pérdidas y disminuciones, sino que también pueden conllevar ganancias y mejoras. Desde esta consideración, las personas mayores, incluso aquellas que se encuentran en situación de dependencia funcional, pueden mantener niveles elevados de bienestar psicológico (p. ej., mantener su autodeterminación, conseguir metas

personales valoradas, implicarse en actividades orientadas a su crecimiento personal, etc.).

Es evidente que ser mayor no equivale a estar enfermo ni a encontrarse en situación de dependencia funcional, pero sí es cierto que el número de personas en situación de dependencia se incrementa con la edad. Ello conlleva la necesidad de que reciban atención y cuidados de otras personas. Por lo común, esta tarea recae en la familia, la cual constituye no pocas veces el único recurso de apoyo del mayor (Rogerio, 2009). La figura de cuidador informal de una persona mayor en situación de dependencia —entendiendo por tal el cuidado voluntario, no regulado y no remunerado periódicamente proporcionado por la red social del mayor, por lo común la familia— es, por consiguiente, objeto de una profunda atención por parte de la investigación gerontológica, especialmente en lo que respecta a las implicaciones que acarrea el cuidado para su salud.

6.2. CARACTERIZACIÓN DEL CUIDADOR INFORMAL DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Cuidar es una tarea que presenta una doble vertiente (Crespo y López, 2007a): por un lado, es preciso conocer las necesidades de la persona mayor; por otro, se debe estar en disposición de satisfacerlas. Dichas necesidades pueden ser de muy diverso tipo e intensidad en función de la naturaleza de la enfermedad y/o discapacidad que motiva la situación de dependencia. En algunos casos, bastará con una pequeña ayuda, mientras que en otros la tarea requerirá un gran esfuerzo y dedicación por parte del cuidador, hasta el punto de que ésta se convierte en su principal e, incluso, único quehacer cotidiano. Así, no son pocos los cuidadores que, debido a la elevada demanda de recursos personales y atencionales que presenta la persona mayor receptora de los cuidados, se ven obligados a abandonar sus profesiones para dedicarse en exclusiva a la provisión del apoyo instrumental y emocional que ésta necesita.

Si bien, cuando se producen estos casos de gran dependencia, existe la posibilidad de institucionalizar al mayor o de contratar los servicios de cuidadores profesionales, en el momento presente la mayor parte de los cuidados son proporcionados dentro del entorno familiar (Schulz et al., 2003). De hecho, diversos estudios (Durán, 2002; IMSERSO, 2005; Instituto Nacional de Estadística, 2008) indican que, en el contexto español, el sistema familiar asume en exclusiva la responsabilidad de proporcionar estos cuidados en casi un 85 por 100 de los casos, cifras similares a las reportadas en otros contextos socioculturales como los de Estados Unidos y Australia, en los que entre el 75 y el 90 por 100 de las personas mayores que no se encuentran institucionalizadas son atendidas por cuidadores informales (Australian Institute of Health and Welfare, 2015; National Alliance for Caregiving [NAC] & American Association of Retired Persons [AARP], 2004).

Ahora bien, dentro del sistema familiar la tarea de cuidar no suele repartirse

equitativamente entre todos sus miembros. Al contrario, suele recaer en una única persona, el cuidador principal, quien las más de las veces es también el cuidador único, al no recibir la ayuda de otras personas (Casado y Sacco, 2012). El cuidador principal es aquella persona que dedica la mayor parte de su tiempo —medido en número de horas al día— al cuidado de la persona dependiente y/o enferma (Roig, Abengózar y Serra, 1998). En general, esta labor puede catalogarse como intensa y constante (Losada, 2005), puesto que, según los datos proporcionados por el IMSERSO (2005), algo más de la mitad (53 por 100) de los cuidadores informales de mayores dependientes dedican más de cinco horas diarias los siete días de la semana, y otro 20 por 100, entre tres y cinco horas diarias. Si, además de tomar como referencia los casos de dependencia por deterioro funcional, ampliamos el análisis a los casos de mayores dependientes con deterioro cognitivo, la dedicación diaria se sitúa, por término medio, en las 10,6 horas. Asimismo, en torno al 85 por 100 de los cuidadores desempeñan esta tarea todos los días de la semana y, por término medio, los cuidados se prolongan durante varios años (Crespo y López, 2007a; Vázquez-Martínez, 2014).

➤ Perfil del cuidador informal

Habida cuenta de que la tarea de cuidar a una persona mayor dependiente recae mayoritariamente en el sistema familiar y, dentro de éste, en una única persona (el cuidador principal), es posible realizar un perfil medio de la figura del cuidador informal (véase tabla 6.1).

TABLA 6.1
Perfil del cuidador informal de la persona mayor en situación de dependencia

PERFIL DEL CUIDADOR INFORMAL

- ⇒ Mujer (principalmente, la hija o cónyuge de la persona cuidada).
- ⇒ Mediana edad (en torno a los 50 años).
- ⇒ Nivel sociocultural medio-bajo (sin estudios o con estudios primarios, sin ocupación laboral externa al hogar).
- ⇒ Compatibiliza las tareas de cuidado con otras responsabilidades familiares.

Por regla general, la tarea de proporcionar atención y cuidados a un familiar mayor en situación de dependencia recae en mujeres de mediana edad, quienes fundamentalmente desempeñan el rol de hijas o cónyuges de la persona cuidada (IMSERSO, 2005; Instituto Nacional de Estadística, 2008; Lima, Allen, Goldscheider e Intrator, 2008; Montorio, Izal, López y Sánchez, 1998; Pinguart y Sörensen, 2006; Roig et al., 1998). A tenor de estos datos, ser mujer se convierte en un factor asociado a ser cuidador. En este sentido, Bazo (1998) apunta que la provisión de cuidados a las personas mayores no sería sino una extensión del rol maternal.

Otro dato que corrobora que esta tarea se halla ligada al género femenino es el

hecho de que, como señalan algunos trabajos (Badia, Lara y Roset, 2004; Instituto Nacional de Estadística, 2008), cuando el receptor de los cuidados es un hombre, en la gran mayoría de los casos es el cónyuge quien proporciona tales cuidados, mientras que si el receptor es una mujer, son principalmente las hijas quienes atienden a sus madres.

Por tanto, el «retrato robot» del cuidador de una persona mayor dependiente en España sería el de una mujer, de mediana edad (en torno a los 50 años), casada, con estudios primarios, ama de casa y que se encarga del cuidado de sus padres, compatibilizándolo a menudo con otras responsabilidades familiares (Fernández de Larrinoa et al., 2011; Losada, Montorio, Izal y Márquez, 2006; Vázquez-Martínez, 2014). No obstante, es posible que este perfil evolucione en los próximos años conforme a los cambios sociales que se están sucediendo en las últimas décadas (p. ej., incorporación de la mujer al mercado laboral externo al hogar, ampliación del período de escolaridad obligatoria, envejecimiento poblacional, descenso de la natalidad, modificaciones en la estructura familiar tradicional, movilidad geográfica por motivos laborales, etc.), de tal modo que previsiblemente serán cada vez más los cuidadores del sexo masculino y de edades avanzadas (Crespo y López, 2007a, 2007b; NAC & AARP, 2004).

Asimismo, el hecho de que cada vez haya más personas que desempeñan su actividad laboral fuera del hogar puede dificultar la asunción del rol de cuidador, especialmente cuando se realiza una actividad laboral a jornada completa. Sin embargo, en el contexto español, a día de hoy el trabajo fuera del hogar no parece representar, en términos generales, un obstáculo para el desempeño del rol de cuidador. Según los datos aportados por el IMSERSO (2005), el 74 por 100 de los cuidadores no tiene actividad laboral remunerada. Además, un 60 por 100 de los cuidadores tiene un nivel de estudios bajo (sin estudios o estudios primarios) y, en muchos casos, consideran que no tienen otra alternativa que asumir personalmente el rol de cuidadores, el cual ha frenado o limitado sus oportunidades para el desarrollo y autorrealización personales. No obstante, este aspecto podría verse modificado en los próximos años, en la medida en que parece incrementarse paulatinamente el número de cuidadores familiares con estudios secundarios (Crespo y López, 2008; Vázquez-Martínez, 2014). En cualquier caso, en conjunto, estas características sitúan a los cuidadores informales ante un elevado riesgo de ocurrencia de consecuencias negativas para su bienestar físico y psicológico (Flores, Jenaro, Moro y Tomsa, 2014; Losada, Márquez, Peñacoba, Gallager-Thompson y Knight, 2007).

6.3. REPERCUSIONES DEL CUIDADO: CONSECUENCIAS FÍSICAS, EMOCIONALES Y SOCIALES

En efecto, la alta dedicación y asignación de recursos personales que exige el cuidado de las personas mayores con dependencia suelen acarrear importantes consecuencias físicas, psicológicas y/o sociales que pueden llegar a alterar

sustancialmente su bienestar y calidad de vida. Por ello, a menudo, los cuidadores son considerados los «pacientes ocultos o desconocidos», que precisarían un diagnóstico precoz de su enfermedad y una intervención inmediata con el fin de prevenir a tiempo los importantes costes que puede implicar el desarrollo de su actividad (Castro y Zarzosa, 2006; Kim, Chang, Rose y Kim, 2012; Molina, Iáñez e Iáñez, 2005).

En la figura 6.1 se contemplan las principales repercusiones negativas que puede conllevar el cuidado prolongado de una persona mayor en situación de dependencia.

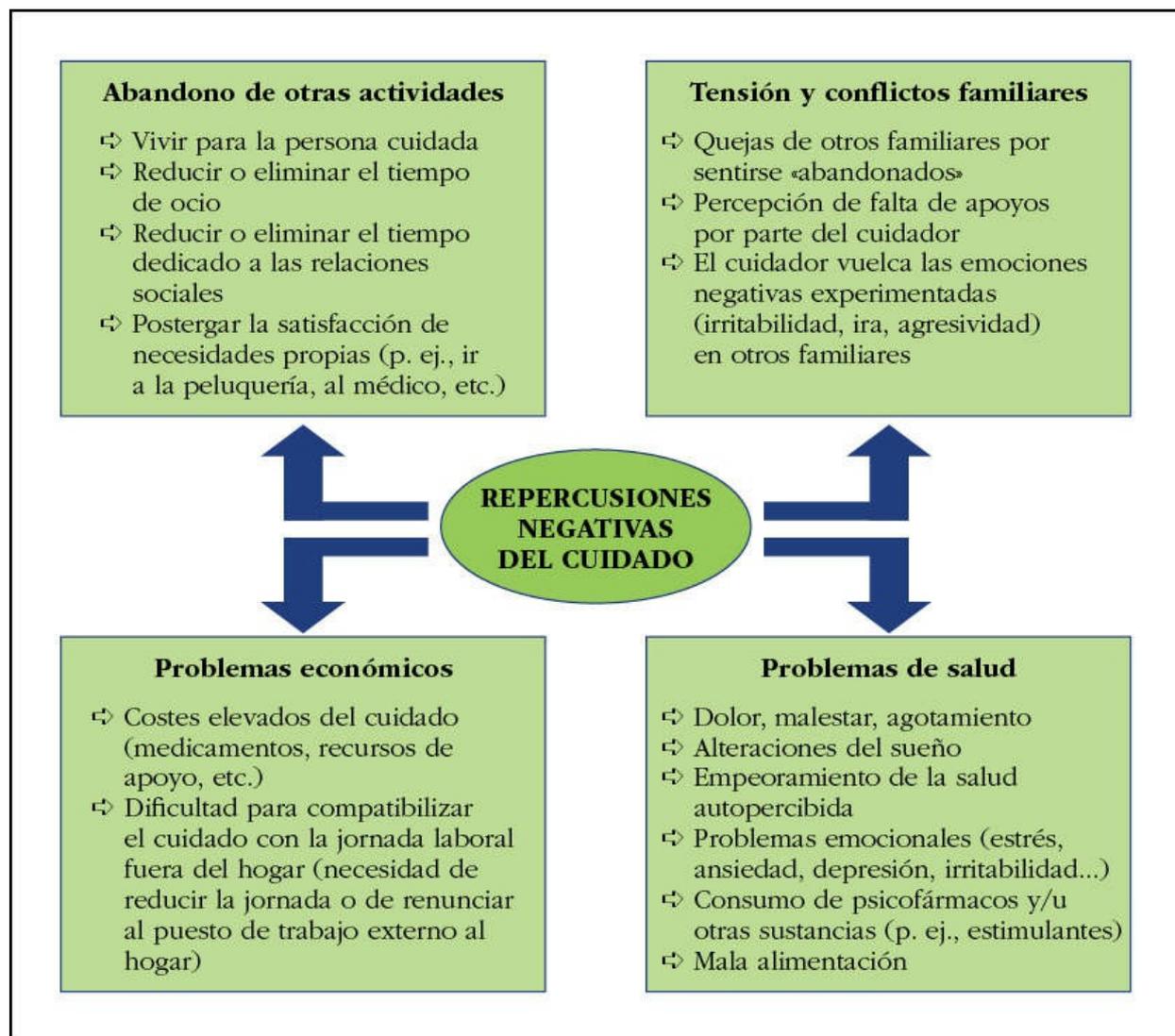


Figura 6.1. Repercusiones negativas que puede conllevar el cuidado prolongado de una persona mayor en situación de dependencia.

Sin embargo, no todas las repercusiones que entraña la tarea de cuidar a una persona mayor altamente dependiente presentan un cariz negativo para el bienestar del cuidador. Al contrario, el desempeño del rol de cuidador puede producir también consecuencias psicológicas positivas, si bien parece que ambos efectos del cuidado —positivos y negativos— son perfectamente compatibles y coexistentes (Fauth et al., 2012; Knight y Sayegh, 2010; Kramer, 1997). De hecho, si el cuidador dispone de recursos y mecanismos de adaptación adecuados, la situación de cuidar puede resultar

enormemente satisfactoria (Bazo, 1998; Fernández-Lansac y Crespo, 2011).

En este sentido, varios estudios (p. ej., Amirkhanyan y Wolf, 2006; Hodge y Sun, 2012; Leipold, Schacke y Zank, 2008) señalan que no es infrecuente que los cuidadores manifiesten que la tarea de proporcionar atención y cuidados a otra persona presenta múltiples aspectos placenteros (véase tabla 6.2), tales como la mejora de las relaciones con las personas a las que cuidan, la maduración personal, la autocompetencia percibida en relación con esta tarea, una mejor comprensión acerca del proceso de envejecimiento de las personas, la satisfacción experimentada con el entorno social y la capacidad para proporcionar unos buenos cuidados. Asimismo, señalan que la experiencia de cuidar a una persona mayor incrementa su bienestar psicológico, en tanto que les permite una mayor cercanía en sus relaciones con los demás, se sienten más competentes a la hora de afrontar los retos personales que les plantea la vida y les ayuda a encontrar el sentido de ésta, al aprender a valorar las cosas realmente importantes en la vida y a relativizar las más intrascendentes.

TABLA 6.2
Posibles repercusiones positivas que conlleva el cuidado de una persona mayor en situación de dependencia

REPERCUSIONES POSITIVAS DEL CUIDADO

- ↪ Vínculo más profundo y significativo con la persona cuidada.
- ↪ Maduración personal (conocerse mejor a uno mismo, valorar las cosas importantes de la vida, etc.).
- ↪ Mejorar la comprensión sobre el proceso de envejecimiento humano.
- ↪ Incremento de la percepción de competencia propia.
- ↪ Atribución de un propósito a la propia vida (p. ej., contribuir a la mejora de la calidad de vida y el bienestar de la persona cuidada).

6.4. EL CUIDADO COMO SITUACIÓN DE ESTRÉS CRÓNICO

El cuidado de personas mayores dependientes es a menudo tomado como paradigma o ejemplo prototípico de situación de estrés crónico (Losada, Knight y Márquez, 2003; Montorio et al., 1998; Pinquart y Sörensen, 2006), especialmente en el caso de enfermedades degenerativas como la demencia. Efectivamente, cuidar a una persona dependiente supone tener que asumir la realización de un importante número de tareas y demandas continuamente cambiantes, de manera que, a menudo, lo que es válido para hoy no lo es para mañana. Piénsese en el caso de una demencia, cuyo deterioro cognitivo progresivo puede conllevar que, en un lapso muy reducido de tiempo, la persona mayor pase de poder acudir por sí sola al baño a presentar problemas de incontinencia. Además, este tipo de cuidados acostumbran a ser continuos, ocupando gran parte del tiempo disponible del cuidador, y de larga duración, puesto que es frecuente que puedan llegar a prolongarse durante meses e incluso años. Es por ello por lo que, con frecuencia, el cuidador percibe que este tipo de cuidados desbordan su capacidad.

Es, precisamente, esta percepción de que las demandas del cuidado exceden las capacidades propias lo que origina la aparición del estrés. Por tanto, la experiencia de estrés presenta un alto grado de interactividad entre la persona y su medio, en tanto en cuanto su aparición no depende únicamente de la complejidad de la situación (la necesidad de proporcionar unos cuidados) sino que también viene determinada por la valoración que haga el cuidador de ésta, valoración que dependerá de los recursos disponibles para hacerle frente (p. ej., conocimientos sobre cómo proveer los cuidados, creencias autorreferidas en relación con la capacidad para realizar los cuidados, recursos económicos, apoyo de otras personas, etc.).

Esta conceptualización del estrés parte de los modelos transaccionales o interactivos del estrés propuestos por Lazarus y Folkman (1986), a partir de los cuales se han desarrollado diversos modelos teóricos explicativos en relación con los efectos del cuidado de personas mayores. De entre ellos, el modelo multidimensional de agentes estresantes propuesto por Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990) goza de una alta aceptación en el ámbito de la problemática de los cuidadores (figura 6.2). De acuerdo con este modelo, cinco factores entran en juego a la hora de explicar el estrés del cuidador: antecedentes y variables contextuales, estresores primarios, estresores secundarios, variables mediadoras del cuidado y consecuencias físicas y emocionales de las demandas del cuidado. En la medida en que el estrés constituye un proceso muy complejo, este modelo no debe ser tomado como un fiel reflejo de los mecanismos explicativos del estrés en cuidadores. No obstante, puede constituir una buena referencia para comprender los distintos componentes que entran en juego en la aparición del estrés del cuidador.

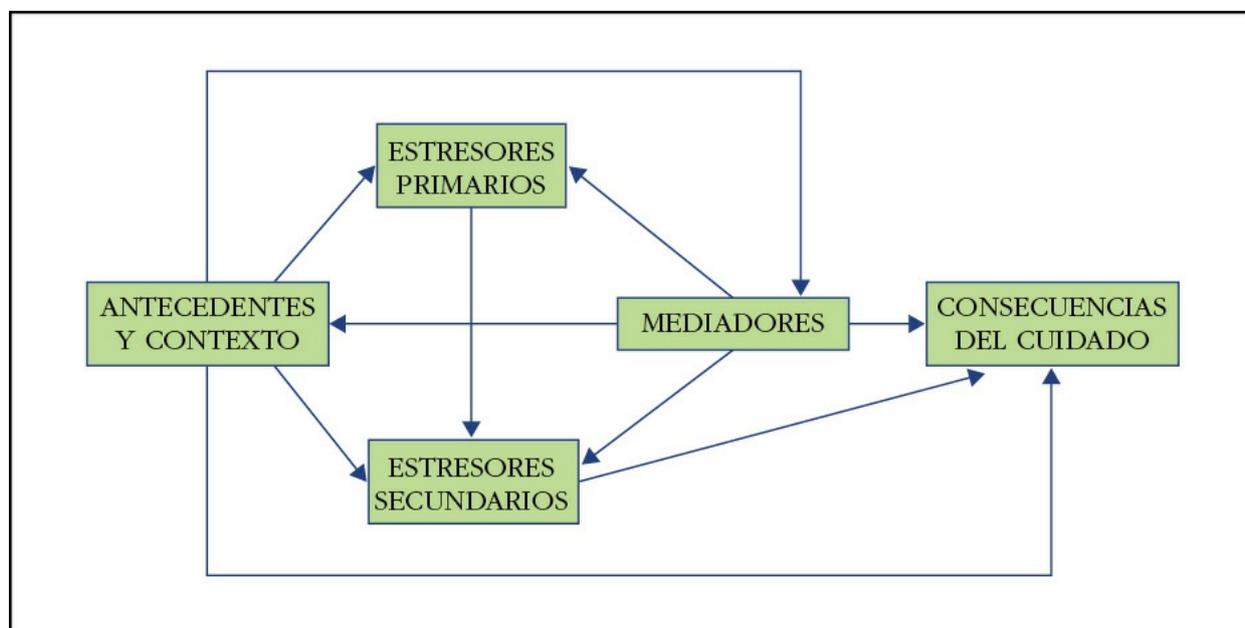


Figura 6.2. Modelo multidimensional de agentes estresantes. Adaptado de Pearlin et al. (1990), *Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures*, *Gerontologist*, 30(5), 583-595. Copyright 2016 por The Gerontological Society of America.

6.4.1. Antecedentes y variables contextuales del cuidador

Entre este grupo de variables se encontrarían las características socioeconómicas del cuidador, su propia historia personal como cuidador, la disponibilidad de ayudas, la composición y la red familiar (Crespo y López, 2007b), pero también el género del cuidador, su edad, su estado de salud y el parentesco con la persona cuidada (Losada et al., 2003; Losada et al., 2006). Todas ellas constituyen factores que pueden interferir y afectar a la capacidad del cuidador para hacer frente a la provisión de los cuidados de una persona mayor dependiente. De entre ellos, los factores que, quizá, mayor atención han recibido por parte de la investigación hayan sido el género del cuidador, la relación de parentesco entre éste y la persona cuidada y el hecho de convivir o no con ella.

➤ **Género del cuidador**

Parece que las mujeres tienen una mayor probabilidad que los varones de verse afectadas emocionalmente como consecuencia del estrés causado por su rol de cuidadoras (Crespo y López, 2008; Del Pino, Frías, Palomino y Martínez, 2012; Pinquart y Sörensen, 2003; Vázquez-Martínez, 2014). Entre las posibles causas de ello se encontrarían la mayor sensibilidad que, en términos generales, las mujeres muestran a los sentimientos negativos, su mayor disposición a expresar tales sentimientos y su mayor tendencia a la utilización de estrategias de afrontamiento menos efectivas (Artaso, Goñi y Gómez, 2001; Clemente, Risso, Heleno y Gandoy, 2012; Losada et al., 2006). Asimismo, es preciso tener presente que el rol de cuidador se encuentra claramente ligado al género en tanto en cuanto son las mujeres quienes, por lo común, se erigen en cuidadoras principales y, en no pocas situaciones, únicas de la persona mayor. Por el contrario, estadísticamente hablando, los hombres que desempeñan el rol de cuidador usualmente lo hacen como apoyo esporádico para las cuidadoras principales y, cuando actúan como cuidadores principales, suelen recurrir en mayor medida que las mujeres al apoyo de otros familiares (Artaso et al., 2001; Atienza, Henderson, Wilcox y King, 2001). Sin embargo, a partir de un metaanálisis, Pinquart y Sörensen (2006) concluyeron que las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al estado de salud física y psicológica, así como en cuanto a los estresores asociados a la provisión de los cuidados, existen, pero son pequeñas o muy pequeñas.

➤ **Grado de parentesco entre cuidador y persona cuidada**

Entre los posibles candidatos a desempeñar el rol de cuidador informal de una persona mayor en situación de dependencia, son los cónyuges y los hijos de ésta quienes mayor afectación emocional y/o física experimentan ante la tarea de cuidado. Sin embargo, parecen existir dudas respecto a cuál de estas dos figuras (cónyuges o hijos) se ve más perjudicada por la actividad de cuidado. Así, como señalan Crespo y López (2007a), es cierto que los cónyuges mantienen entre sí una relación que, por duración, expectativas compartidas o compromisos mutuos adquiridos, no puede compararse con la que se tiene con cualquier otro familiar. Además, es frecuente que

el cónyuge que actúa como cuidador de una persona mayor dependiente, por motivos de edad, padezca algún problema físico o disponga de una red de apoyo social más reducida, lo que no hace sino dificultar aún más si cabe su actividad como cuidador. Otros trabajos, como el de Pinquart y Sörensen (2003) o el de Li (2005), concluyen también que, en términos generales, el cónyuge presenta mayores niveles de alteración psicológica que cualquier otro familiar que desempeñe el rol de cuidador.

Pero también es preciso considerar que los hijos que cuidan de sus padres mayores en situación de dependencia suelen tener que compatibilizar este rol con otros (p. ej., la atención a la familia, las ocupaciones laborales, etc.) que pueden entrar en conflicto y favorecer la aparición de malestar psicológico (Savla, Almeida, Davey y Zarit, 2008). En este sentido, parece que el perfil prototípico de cuidador que experimenta conflictos de rol es el de una mujer a cargo del cuidado de un padre/madre que presenta elevadas demandas de cuidado (p. ej., deterioro cognitivo o funcional acusado), con hijos adolescentes a su cargo y escasos recursos socioeconómicos (Stephens, Townsend, Martire y Druley, 2001).

➤ **Convivencia entre cuidador y persona cuidada**

Mayores controversias suscita la variable *convivencia* con la persona mayor dependiente receptora de los cuidados. Así, mientras que algunos estudios señalan que la cohabitación entre ésta y su cuidador, unida a otros factores como el escaso apoyo social de familiares y amigos, se halla asociada a la manifestación de síntomas de depresión en el cuidador (Savla et al., 2008; Zanetti et al., 1997), otros trabajos no han encontrado relaciones significativas entre condiciones de vida y estrés del cuidador (Russo, Vitaliano, Brewer, Katon y Becker, 1995; Song, Biegel y Milligan, 1997). Así pues, de acuerdo con Cabanach, Fernández-Cervantes, González-Doniz y Millán (2007), a tenor de estas divergencias, a la hora de realizar un análisis con respecto a esta variable es preciso tener presente que:

- ⇨ Los cuidadores continúan desempeñando esta tarea aunque no convivan con el familiar receptor de sus cuidados.
- ⇨ Las consecuencias de la problemática del familiar no desaparecen cuando éste es institucionalizado.
- ⇨ Para valorar con una mayor precisión el impacto de la residencia sobre el cuidador es preciso tomar en consideración aspectos como el tamaño de la vivienda, el número de personas que la habitan y su adecuación a las necesidades del mayor y del cuidador.

Otra variable contextual que ha sido objeto de análisis por parte de la investigación es el *estatus socioeconómico* del cuidador. En este sentido, parece que un bajo estatus socioeconómico incide en un menor número de recursos disponibles y una mayor carga (Cerquera, Granados y Buitrago, 2012; Li, 2005; Rogero, 2010; Roig et al., 1998; Vitaliano, Young y Zhang, 2004).

6.4.2. Estresores del cuidado

Al igual que sucede con las variables contextuales vinculadas al cuidador, existe un amplio número de factores asociados a la situación de cuidado (los denominados «estresores del cuidado») que pueden repercutir en el bienestar del cuidador. De acuerdo con el modelo multidimensional de agentes estresantes de Pearlin et al. (1990), tales estresores pueden ser primarios o secundarios (tabla 6.3).

TABLA 6.3
Estresores del cuidado

Primarios	Objetivos.	⇨ Situación de la persona cuidada. ⇨ Cantidad y duración de los cuidados. ⇨ Demandas y tareas del cuidado (carga objetiva).
	Subjetivos.	⇨ Percepción de carga en el cuidador (impacto y carga interpersonales). ⇨ Expectativas de autoeficacia del cuidador.
Secundarios	Estresores de rol.	
	Estresores intrapsíquicos.	

6.4.2.1. Estresores primarios

Los *estresores primarios* aluden a la naturaleza y la magnitud de las demandas que entraña el cuidado de la persona mayor dependiente, tales como los comportamientos problemáticos, la gravedad del daño cognitivo o el grado de dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria (Deví y Ruiz, 2002; Losada et al., 2007).

De acuerdo con Crespo y López (2007b), dentro de los estresores primarios cabría diferenciar entre *estresores objetivos*, como los anteriormente mencionados, dado que derivan directamente de las condiciones en las que se encuentra el mayor y de las tareas que ello conlleva, y *estresores subjetivos*, que emanan de la atención prestada por el cuidador al mayor, tales como la percepción de carga o la deprivación emocional experimentada por el cuidador a consecuencia de los cuidados que proporciona. Esta diferenciación entre estresores objetivos y subjetivos resulta de enorme relevancia por dos motivos. En primer lugar, porque algunos autores definen los estresores subjetivos como la valoración que el cuidador efectúa de los estresores objetivos, esto es, el grado en que el cuidador percibe o evalúa las demandas de la tarea como estresantes (Losada et al., 2006; Zambrano y Ceballos, 2007). Y, en segundo lugar, porque la percepción que el cuidador mantiene en relación con su cometido constituye un mejor predictor de las consecuencias que ello le generará a nivel emocional que la propia tarea en sí (Crespo y López, 2007b).

➤ Estresores primarios objetivos

De entre los múltiples estresores primarios objetivos, las variables que mayor repercusión han tenido en la investigación son *a)* las características o la situación de la persona receptora de los cuidados; *b)* el contexto en el que se desarrollan los cuidados (cantidad y duración de los cuidados proporcionados), y *c)* la carga objetiva que implica dicha tarea.

Con respecto a la *situación* en la que se encuentra la persona receptora de los cuidados, tres han sido las limitaciones que, por término general, se han relacionado con los efectos manifestados por los cuidadores: el grado de limitación física (dificultades en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria), el grado de limitación cognitiva (problemas de atención y de memoria) y la existencia de conductas problemáticas frecuentes en personas con demencia, como, por ejemplo, las conductas disruptivas y agresivas (Yates, Tennstedt y Chang, 1999). Por lo que respecta al grado de limitación física y cognitiva, la investigación no ha logrado establecer conclusiones sólidas con respecto a si una gran limitación cognitiva o en la realización de las actividades de la vida diaria en la persona receptora de los cuidados se encuentra relacionada con altos niveles de sobrecarga y depresión en los cuidadores. En cambio, sí parece más clara la relación entre los problemas de conducta de la persona cuidada y el malestar y depresión experimentados por el cuidador (Artaso et al., 2001; Chappell y Reid, 2002; Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995; Yates et al., 1999). Téngase en cuenta que los problemas conductuales del mayor requieren una vigilancia continua por parte del cuidador, lo que puede acabar por socavar recursos psicológicos y sociales tan relevantes como la percepción de control, el autoconcepto o el apoyo social (Li, 2005).

El segundo de los estresores primarios objetivos más ampliamente analizados hace referencia al *contexto en el que se desarrollan los cuidados proporcionados*, determinado tanto por la cantidad como por la duración de éstos. La cantidad de cuidados proporcionados ha sido evaluada en función del número de horas dedicadas a la provisión de los cuidados. En este sentido, diversos estudios han puesto de manifiesto que cuanto mayor sea la cantidad de cuidados proporcionados, mayores serán la sobrecarga y la depresión experimentadas por los cuidadores (p. ej., Chappell y Reid, 2002; Yates et al., 1999). En relación con la duración de los cuidados, han sido planteadas diversas hipótesis. Por un lado, la *hipótesis del desgaste natural* plantea que cuanto más se prolonga en el tiempo la provisión de los cuidados, mayor es el descenso experimentado por el cuidador en sus niveles de bienestar. En segundo lugar, la *hipótesis de la adaptación* sugiere que los cuidadores terminan por adaptarse con el tiempo al estrés que implica la provisión de los cuidados. Finalmente, la *hipótesis del rasgo* sugiere que, debido a los recursos preexistentes en el cuidador, tales como la capacidad de resistencia o las estrategias de afrontamiento, éste mantendrá un nivel de adaptación constante a pesar del deterioro que irá experimentando progresivamente la persona receptora de los cuidados. Parece que la

primera de estas hipótesis es la más plausible, dado que existen evidencias de que el malestar emocional se mantiene relativamente estable a lo largo de los años (Clay, Roth, Wadley y Haley, 2008; Knight y Losada, 2011).

Por último, la *carga* ha sido definida como el impacto global que ocasionan las demandas y exigencias físicas, psicológicas, sociales y económicas vinculadas a la provisión de los cuidados (George y Gwyther, 1986). En principio, cabría esperar que el grado de afectación física y emocional experimentado por el cuidador esté en función de la *carga objetiva*, esto es, de las demandas que plantea la situación de cuidado (p. ej., asear a la persona, darle de comer, controlar que se tome la medicación, etc.). Sin embargo, los datos parecen indicar que la carga objetiva, aun siendo importante, no determina por sí sola el grado de malestar experimentado por el cuidador, sino que es precisamente la percepción o valoración de tales demandas (*carga subjetiva*) la que verdaderamente incide en su bienestar (Crespo y López, 2007b; Pinguart y Sörensen, 2003; Vázquez-Martínez, 2014).

➤ **Estresores primarios subjetivos**

En efecto, parece que la valoración subjetiva que realiza el cuidador en relación con la situación de cuidado y su capacidad para afrontarla constituye un mejor predictor de los efectos del cuidado que la propia tarea en sí misma (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit y Witlatch, 1995; Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga, 1999). En la evaluación del sentimiento de carga que percibe el cuidador es importante tomar en consideración diversos aspectos (Montorio et al., 1998):

- ⇒ El *impacto del cuidado*, o valoración efectuada por el cuidador en relación con el impacto que en él produce la tarea de proporcionar cuidados a su familiar mayor (p. ej., disminución del tiempo libre, deterioro de la salud, pérdida de control sobre la vida propia, etc.).
- ⇒ La *carga interpersonal*, esto es, la percepción que el cuidador tiene sobre su relación con la persona que recibe los cuidados (p. ej., sentimientos de ira, vergüenza, tensión hacia su familiar, indecisión sobre la adecuación de los cuidados que le brinda, deseos de delegar el cuidado, etc.).
- ⇒ Las *expectativas de autoeficacia*, o creencias mantenidas por el cuidador acerca de su propia competencia para afrontar con éxito los cuidados y para mantener en el tiempo la situación de cuidado.

Un último aspecto que conviene precisar en relación con los estresores subjetivos es que la valoración efectuada por los cuidadores de la situación de cuidado no siempre es negativa. Al contrario, dichas repercusiones pueden ser favorables, lo que en buena medida vendrá determinado por las valoraciones positivas que el cuidador realice tanto respecto a su competencia para afrontar con éxito las demandas del cuidado como a la calidad de su relación con la persona a la que proporciona los cuidados.

6.4.2.2. Estresores secundarios

Los estresores secundarios serían todos aquellos que surgen a partir de los primarios y que afectan a otras áreas de la vida del cuidador al margen de la propia situación de cuidado. Dentro de ellos, cabría diferenciar entre tensiones o estresores de rol y tensiones o estresores intrapsíquicos (Crespo y López, 2007b; Deví y Ruiz, 2002) (tabla 6.4).

TABLA 6.4
Estresores secundarios del cuidado

ESTRESORES SECUNDARIOS	
Estresores de rol	Repercusiones negativas que tiene el desempeño del rol de cuidador en la vida familiar, laboral y social (conflictos, problemas económicos, aislamiento social, etc.).
Estresores intrapsíquicos	Consecuencias negativas que conlleva el rol de cuidador sobre la autoestima y la percepción de competencia: <ul style="list-style-type: none">⇒ Cautividad de rol (percepción de cautiverio).⇒ Pérdida de la propia identidad.

6.4.3. Variables mediadoras en el proceso de estrés

La provisión de cuidados a un familiar de avanzada edad altamente dependiente constituye, como ya se ha señalado, una situación prototípica de estrés crónico. Sin embargo, aun encontrándose ante estresores similares, la magnitud de las consecuencias producidas difiere ampliamente entre los cuidadores. Así, por ejemplo, mientras que algunos se sienten abrumados ante sus obligaciones para con las personas a las que atienden, otros, en cambio, muestran una menor tendencia a experimentar consecuencias negativas derivadas de su actividad, incluso en casos en los que las demandas de atención y cuidados son muy elevadas.

El origen de estas divergencias radica, en buena medida, en diversas variables que actúan como mediadoras entre los estresores de la situación de cuidado y las consecuencias que se derivan de ésta. En el ámbito de los cuidadores, como se expone en la figura 6.3, las variables mediadoras que mayor atención han recibido por parte de la investigación han sido el apoyo social, las estrategias de afrontamiento, las variables intrapersonales y las variables socioculturales.

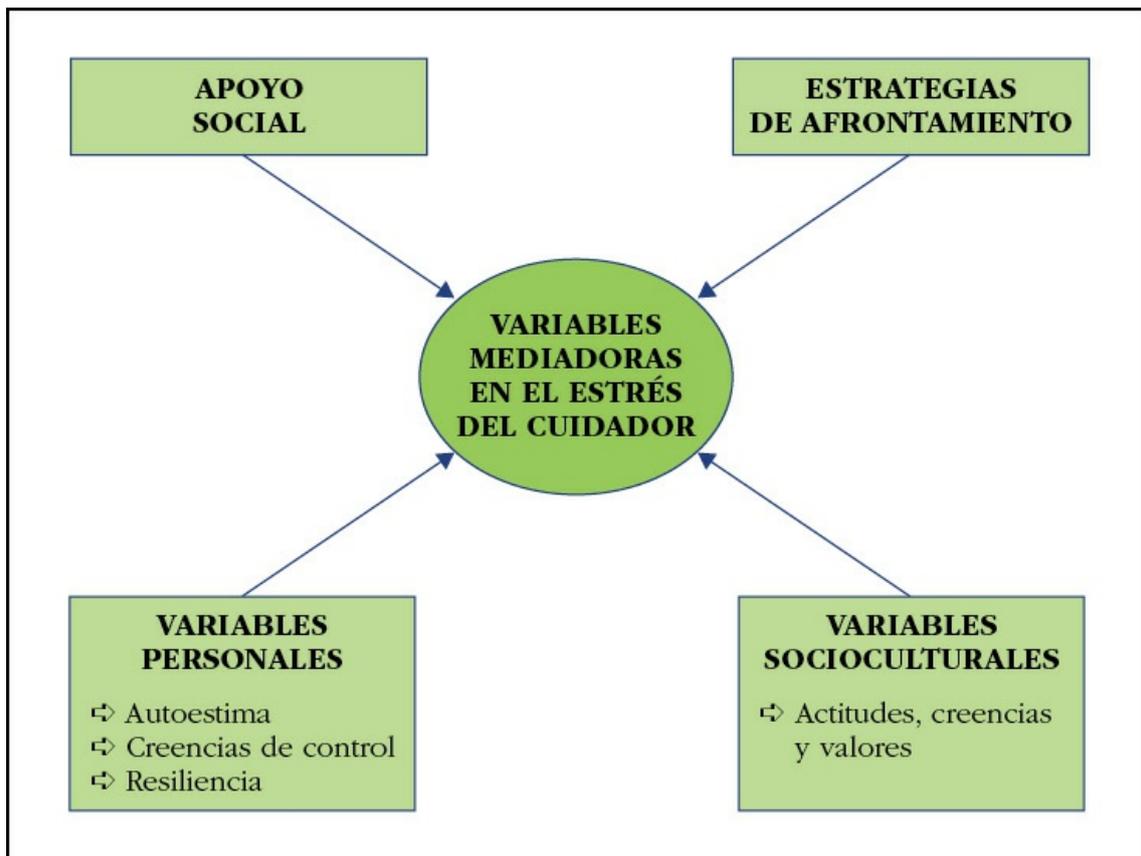


Figura 6.3. Principales variables mediadoras en el proceso de estrés del cuidador.

6.4.3.1. El apoyo social

La influencia del apoyo social sobre la salud y el bienestar de los cuidadores se encuentra ampliamente documentada (p. ej., Coon, Thompson, Steffen, Sorocco y Gallagher-Thompson, 2003; Domínguez, Ocejo y Rivera, 2013; Reid, Stajduhar y Chappell, 2010), bien a través de su efecto directo (reduciendo el impacto negativo de los sucesos y agentes estresantes a través de la eliminación o reducción del estresor), bien actuando indirectamente (ayudando al cuidador a afrontar la situación estresante o atenuando su impacto una vez se ha producido dicha situación). En ambos casos, el apoyo social desempeña una función amortiguadora del impacto de la situación de cuidado sobre el bienestar del cuidador. Un menor apoyo social se asocia con mayores niveles de malestar físico (Wallace et al., 2008) y emocional (Chappell y Reid, 2002; Lévesque, Cossette y Lachance, 1998), así como de sobrecarga (Harwood et al., 1998; Molina et al., 2005) y de depresión (Haley et al., 1996).

Las evidencias indican que lo que realmente proporciona este efecto amortiguador es la calidad del apoyo recibido más que la cantidad (George y Gwyter, 1986). Por tanto, no es tan importante la cantidad de personas que ayuden al cuidador como la satisfacción que éste experimente con el apoyo.

6.4.3.2. Las estrategias de afrontamiento

El afrontamiento no es sino la respuesta o conjunto de respuestas aportadas por el individuo con la intención de manejar y/o neutralizar los eventos estresantes. Algunos teóricos del afrontamiento postulan que esta respuesta o conjunto de ellas es estable transituacionalmente (p. ej., Gil et al., 1997; Zeidner, 1994) y depende del estilo habitual de cada individuo para hacer frente al estrés (Moos y Holahan, 2003). En otras palabras, la manera de manejar los problemas viene dada por nuestros rasgos de personalidad, así como por nuestras experiencias previas, que nos predisponen a evaluar y responder a las situaciones de una forma determinada.

Sin embargo, como señalábamos en el capítulo 2, el afrontamiento constituye un proceso contextual, en la medida en que los factores situacionales también influyen en nuestras respuestas a los problemas (Endler et al., 1994). Siguiendo a Lazarus y Folkman (1986), cabría diferenciar entre dos grandes tipos de afrontamiento o formas universales y básicas de hacer frente a las situaciones estresantes: *a*) afrontamiento centrado en la tarea o en el problema, cuyo objetivo es intentar solventar con eficacia la situación planteada, y *b*) afrontamiento centrado en la emoción, el cual pretende modificar los pensamientos y emociones del cuidador en relación con la fuente de estrés (tabla 6.5).

TABLA 6.5
Clasificación de estrategias de afrontamiento propuesta por Lazarus y Folkman

AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA	
Confrontación	Intentos de solucionar directamente la situación mediante algún tipo de acción.
Búsqueda de apoyo instrumental	Acudir a otras personas (tales como los familiares o los amigos) para buscar ayuda o información sobre cómo abordar el problema.
Planificación	Pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN	
Distanciamiento	Intentos de apartarse del problema, no pensar en él o evitar que afecte.
Autocontrol emocional	Esfuerzos por controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
Aceptación de la responsabilidad	Reconocer el papel que uno haya tenido en el surgimiento o en el mantenimiento del problema.
Reevaluación positiva	Centrarse en los aspectos positivos que tiene o ha tenido la situación estresante o problemática.

Evidentemente, no existe una única estrategia de afrontamiento que resulte universalmente adaptativa y apropiada para afrontar todos los eventos estresantes. De hecho, su adecuación dependerá de las demandas situacionales y contextuales del cuidado, así como del grado de malestar emocional que presente el cuidador, puesto que cuanto mayor es el nivel de carga del cuidador, mayor es su tendencia a adoptar estrategias centradas en la emoción (Vázquez-Martínez, 2014). En este sentido,

parece que los cuidadores recurren tanto a estrategias centradas en el problema, como el afrontamiento activo o la planificación, como a estrategias centradas en la emoción, como la aceptación de la situación o la religión (Muela, Torres y Peláez, 2002; Wilks y Vonk, 2008).

La utilización de estrategias de uno u otro tipo estará en función de la percepción del cuidador en torno a la posibilidad de cambio de la situación estresante, de tal modo que si, efectivamente, el cuidador percibe que es factible cambiar dicha situación, lo más adaptativo sería recurrir a estrategias centradas en el problema. En cambio, el empleo de dichas estrategias cuando la situación no es controlable puede resultar contraproducente y ocasionar un incremento en el malestar del cuidador en tanto en cuanto a través de dichas estrategias no lograría solventar el problema. Conviene tener presente que determinadas situaciones de dependencia, como es el caso de las demencias, a día de hoy resultan inmodificables. Es más, el deterioro de la persona que la padece y, con él, las demandas y exigencias que plantean a sus cuidadores son progresivamente más elevadas, razón por la cual en estos casos puede resultar más conveniente recurrir a estrategias centradas en la emoción. Desde este planteamiento, algunos profesionales e investigadores gerontológicos destacan la importancia de potenciar en los cuidadores la aceptación de experiencias internas adversas (es decir, los pensamientos, emociones y sentimientos) de cara a favorecer el proceso de adaptación al cuidado (véase Losada, Márquez, Romero y López, 2014).

6.4.3.3. Factores intrapersonales del cuidador

Diversas variables personales han sido destacadas como importantes factores que incrementan o reducen la probabilidad de que el cuidador padezca estrés. Así, por ejemplo, una elevada *percepción de control* sobre la situación de cuidado disminuye el riesgo de estrés en el cuidador, tanto de forma directa (reduciendo los niveles de depresión) como indirecta (disminuyendo la percepción de cautividad de rol). Por el contrario, una baja percepción de control sobre la situación de cuidado favorece que el cuidador se focalice en los aspectos negativos de esta tarea: lo difícil y costosa que es, las carencias que el propio cuidador tiene para realizar la tarea, las consecuencias negativas que conllevará el fracaso, etc. (véanse Aneshensel et al., 1995; Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson y Bandura, 2002).

Asimismo, se ha investigado ampliamente el papel desempeñado por la *autoestima* como variable amortiguadora de las repercusiones negativas que implica el cuidado de una persona mayor dependiente. En este sentido, parece que la valoración positiva de uno mismo contribuye a un afrontamiento más adaptativo de las numerosas situaciones de estrés a las que se ven sometidos los cuidadores (Crespo y López, 2007a). En efecto, un alto nivel de autoestima permite afrontar con mayores garantías de éxito situaciones estresantes, incluso aunque tengan lugar eventuales fracasos y sucesos que se escapan al control personal. Asimismo, el mantenimiento de un buen nivel de autoestima incrementa la resistencia a la frustración. Sin embargo, el déficit de autoestima se relaciona con una autoexigencia excesiva, sentimientos de culpa y

estados de ánimo depresivo (Cabanach et al., 2007).

Otro de los factores que mejor predicen el desempeño exitoso de la tarea de cuidado informal (es decir, sin repercusiones negativas de consideración para el bienestar del cuidador) es la *resiliencia*. Este concepto alude a la capacidad de los cuidadores de salir fortalecidos ante el estrés experimentado. Parece que en presencia de situaciones adversas, los cuidadores *más resilientes* tienen la capacidad de utilizar su energía e implicación en los cuidados para sobreponerse a las dificultades que entraña su tarea, adaptarse adecuadamente a ella y experimentar emociones positivas. En este sentido, la resiliencia desarrollada tras experiencias satisfactorias respecto a los cuidados proporcionados puede conducir a que se fortalezcan la confianza y la percepción de dominio de los cuidadores en relación con la atención que proporcionan, la autoestima, el autocuidado y la autoeficacia para controlar los pensamientos negativos (Crespo y Fernández-Lansac, 2015), lo cual previene contra los deseos de abandonar su función (Gaugler, Kane y Newcomer, 2007). Por el contrario, los cuidadores *menos resilientes* son más vulnerables a las emociones negativas (cansancio, apatía, etc.) y a magnificar el impacto negativo de la tarea (Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006).

6.4.3.4. Factores socioculturales

La forma en la que el cuidador vivencia la tarea de proporcionar cuidados a la persona mayor se encuentra condicionada por las expectativas, valores, actitudes y creencias que el propio cuidador y su entorno poseen respecto a esta actividad.

La teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) parte de la premisa de que el sistema cognitivo del individuo (es decir, cómo la persona percibe, procesa y analiza la realidad que la rodea) se configura a partir de sus experiencias vitales, de tal modo que elabora una serie de esquemas mentales (esto es, teorías explicativas sobre el funcionamiento de la realidad que la rodea) a partir de los cuales construye el significado de las cosas y elabora un sistema de normas que rigen su comportamiento. Estos esquemas cognitivos, o sistema de creencias centrales, se expresan en forma de pensamientos automáticos que, en función de su grado de adaptabilidad, producirán distintas consecuencias conductuales y fisiológicas y, en último término, los sentimientos y reacciones emocionales experimentados por el individuo.

Losada y colaboradores (Losada et al., 2003; Losada et al., 2006) ofrecen un marco explicativo sobre cómo este conjunto de esquemas de conocimiento (creencias, valores, actitudes, etc.) que el cuidador construye sobre la tarea de cuidar puede tomar dos trayectorias opuestas, una de corte patológico y otra de carácter adaptativo para su bienestar psicológico.

Así, algunos cuidadores mantienen pensamientos en relación con la tarea de cuidar sólidamente auspiciados en la creencia de que nadie puede proporcionar mejores cuidados que ellos mismos o que es mejor no implicar a otros familiares o amigos porque tienen sus propias vidas y, en consecuencia, no deben ser molestados. En el

trasfondo de estos pensamientos a menudo se encuentran valores culturales como el *familismo* (fuerte compromiso moral que adquieren los miembros de una familia en la resolución de los problemas que acechan a uno de sus componentes), así como la creencia de que los problemas o el malestar no deben ser aireados o expresados fuera del hogar, o que como la persona a la que se cuida está enferma, no es adecuado que el cuidador disfrute realizando otras actividades o lleve a cabo otras tareas que no sean las de volcar toda su atención y esfuerzo en los cuidados.

Cualquiera de estos pensamientos disfuncionales no hace más que sobrecargar al cuidador y, en última instancia, incrementar su malestar psicológico y su estrés vinculados a la tarea del cuidado. En estos casos, se produce un conflicto entre los pensamientos y las creencias de los cuidadores y sus necesidades reales (apoyo, descanso, tiempo libre, ocio...), de tal modo que éstas suelen acabar relegadas a un segundo plano. En la medida en que la tarea de cuidar a un familiar de avanzada edad en situación de dependencia suele prolongarse en el tiempo, dicho conflicto acaba por conformar una trayectoria ciertamente patológica para el afrontamiento de los cuidados, con importantes consecuencias negativas para el cuidador (figura 6.4)³.

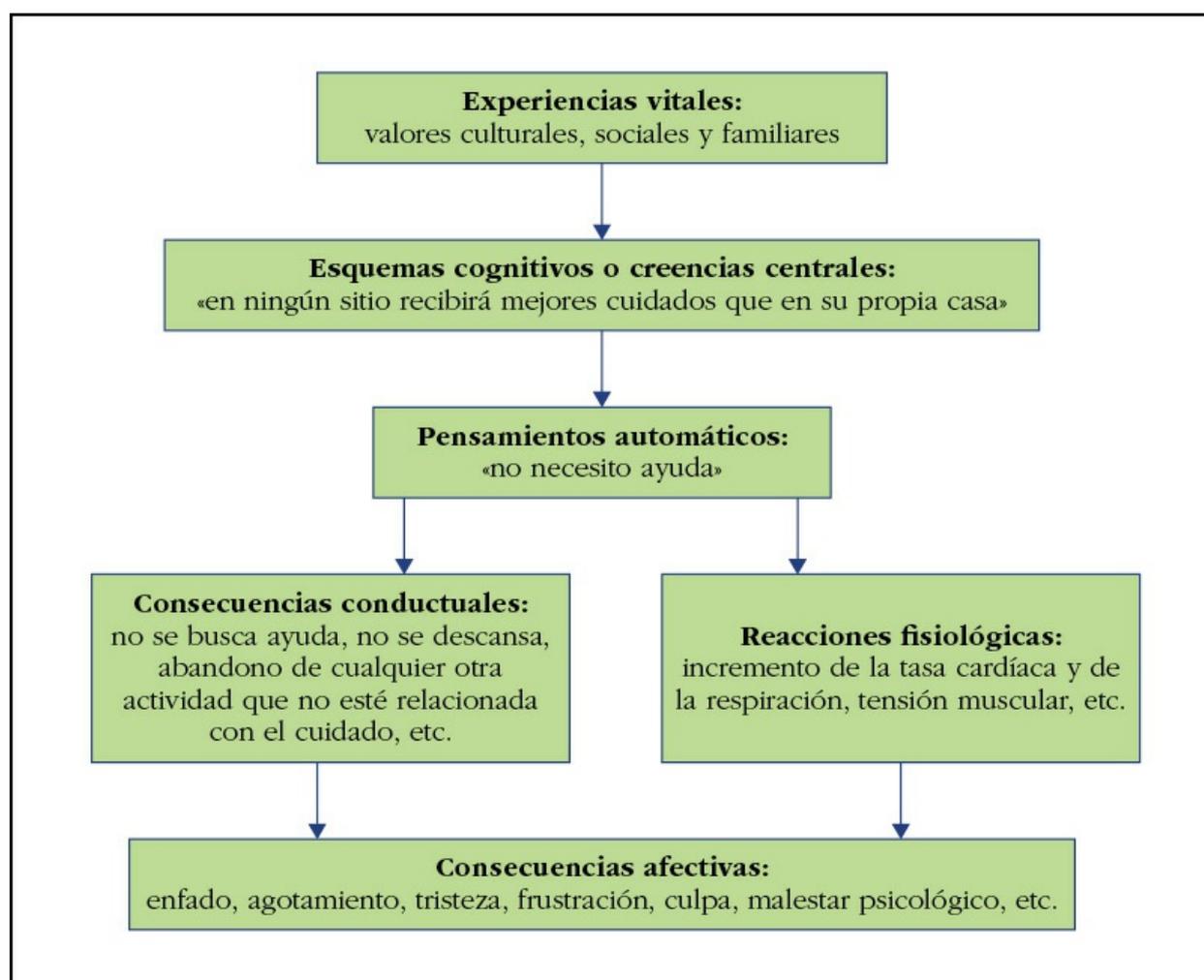


Figura 6.4. Vía que puede contribuir a la aparición de consecuencias negativas para el cuidador (vía patológica).

Sin embargo, como plantean Losada et al. (Losada et al., 2003; Losada et al., 2006), otros cuidadores recurren a estrategias sumamente adaptativas y beneficiosas para su bienestar psicológico, tales como pedir ayuda, desahogarse con otras personas o implicarse en conductas de autocuidado y protección de la propia salud (por ejemplo, actividades sociales y de ocio), bien porque las influencias culturales han sido distintas, bien porque se encuentran en un estadio avanzado del cuidado, con lo que han tenido que «aprender», entre otras cosas, que precisan ayuda. Muy probablemente, en estos casos las consecuencias conductuales, fisiológicas y afectivas derivadas de esos pensamientos no serán tan perjudiciales para el bienestar emocional de los propios cuidadores, constituyéndose una trayectoria saludable para el afrontamiento del cuidado (véase figura 6.5)⁴.

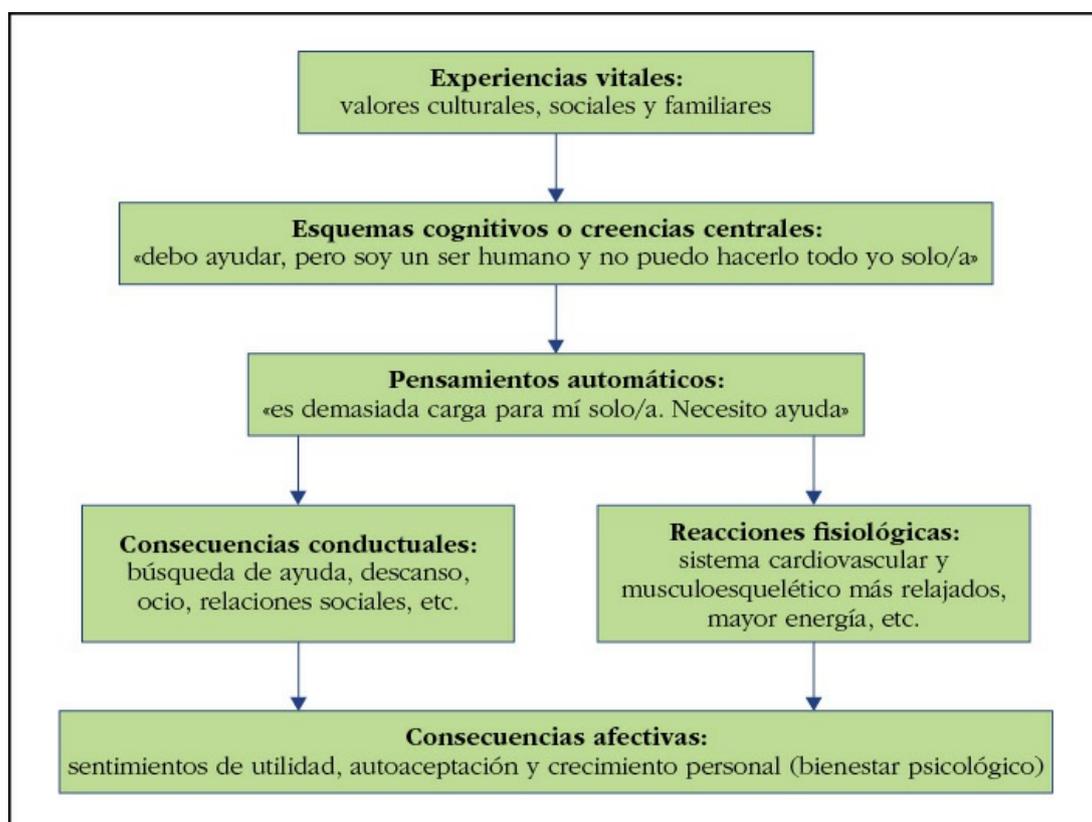


Figura 6.5. Vía que puede dificultar o amortiguar la aparición de consecuencias negativas para el cuidador y promover su bienestar psicológico (vía saludable).

6.5. EL BIENESTAR DEL CUIDADOR INFORMAL TRAS LA INSTITUCIONALIZACIÓN

En algunos casos, llega un momento en el que las demandas de la situación de cuidado adquieren tal magnitud (p. ej., cuando el deterioro físico y/o cognitivo es muy acusado) que el cuidador familiar se ve desbordado e incapaz de satisfacerlas, por lo que se toma la decisión de institucionalizar al mayor en un centro de atención especializado. Sin embargo, contrariamente a lo que postula el «mito del abandono»,

que sostiene que los miembros de la familia de una persona mayor que ejercen como sus cuidadores renuncian a esta responsabilidad una vez que la persona mayor es institucionalizada, existe abundante evidencia de que estos cuidadores familiares continúan desempeñando activamente este rol incluso después de haber comenzado los cuidados formales proporcionados en estos centros (Gaugler, Leitsch, Zarit y Pearlin, 2000; Márquez et al., 2010; Port et al., 2005).

En efecto, la institucionalización del familiar supone un cambio en el rol del cuidador, pero no su final (Anehensel et al., 1995), y, si bien cabría esperar que dicha institucionalización supusiese un alivio para los cuidadores familiares, parece que esto no es así. Al contrario, tras la institucionalización del mayor, los cuidadores familiares generalmente experimentan niveles de estrés similares a los que padecían antes de ella (Stull, Cosbey, Bowman y McNutt, 1997; Williams et al., 2008), aunque se produce un cambio en el tipo de sobrecarga experimentada (Zarit y Whitlach, 1992).

Los motivos por los que los cuidadores familiares siguen experimentando altos niveles de malestar tras la institucionalización pueden ser muy diversos (Crespo y López, 2007a): desde económicos (costes de la institucionalización) hasta emocionales (sentimientos de culpa por haber institucionalizado al familiar, sentimientos de soledad y de «vacío»), pasando por razones de tipo práctico (falta de tiempo o dificultad para desplazarse hasta la residencia, reducción del control sobre los cuidados proporcionados al mayor). Por otro lado, estos cuidadores familiares asumen la responsabilidad añadida de lograr mantener la dignidad del mayor dentro de la residencia y se autoimponen el compromiso de mediar y supervisar los cuidados que el centro proporciona (Port et al., 2005). De hecho, algunos cuidadores acaban convirtiéndose en «vigilantes familiares» en las residencias debido a que creen firmemente que los cuidados que se les proporcionan a sus familiares no son los adecuados (Tornatore y Grant, 2004).

Un factor que incide en gran medida en el estado emocional de los cuidadores familiares tras la institucionalización es la satisfacción con las relaciones que mantienen con el personal de los centros encargados de proporcionar los cuidados formales (Garity, 2006). La calidad de las interacciones que se establezcan entre el personal de estos centros y los cuidadores familiares puede ayudar a que estos últimos se convenzan de que sus familiares están siendo atendidos adecuadamente o, por el contrario, puede exacerbar su ansiedad por la posibilidad de que los cuidados proporcionados no sean de calidad. Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que las interacciones entre los profesionales que trabajan en las residencias de mayores y los cuidadores familiares determinan significativamente la probabilidad de que estos últimos desarrollen una depresión tras la institucionalización del mayor (Chen, Sabir, Zimmerman, Suitor y Pillemer, 2007; Gaugler et al., 2000; Tornatore y Grant, 2004).

Así pues, las intervenciones tendentes a la mejora del bienestar de los cuidadores informales no deberían circunscribirse exclusivamente a la etapa «activa» de la situación de cuidado, sino que deben contemplarse también otros momentos en la

«carrera» del cuidador, tales como la postinstitucionalización del mayor o el período que sobreviene tras el fallecimiento de éste.

6.6. INTERVENCIONES PARA LA MEJORA DEL BIENESTAR DEL CUIDADOR

Habida cuenta de que la labor de cuidar a una persona mayor en situación de dependencia constituye una actividad socialmente importante, pero también altamente exigente y estresante, la promoción del bienestar y la calidad de vida de los cuidadores informales debe erigirse en una vía de actuación ineludible.

Tomando como referencia el modelo multidimensional de agentes estresantes de Pearlin et al. (1990), la mayoría de intervenciones encaminadas al apoyo del cuidador tratan de modificar, reducir o eliminar alguna o algunas de las dimensiones que promueven las consecuencias negativas del cuidado. En este sentido, cuatro son las principales tipologías de intervenciones dirigidas a los cuidadores: el apoyo formal, los programas psicoeducativos, los grupos de ayuda mutua y los programas psicoterapéuticos. Conviene aclarar que dichas intervenciones no son mutuamente excluyentes, sino que se suelen aplicar de forma combinada a través de programas multicomponente.

➤ Apoyo formal

Consiste en la provisión de servicios comunitarios con el fin de suplir total o parcialmente las funciones desempeñadas por los cuidadores informales. El objetivo de estas intervenciones es que estos cuidadores puedan disponer de un período de tiempo libre para ellos, de manera que puedan realizar alguna actividad, ya sea social, de ocio o de otro tipo, que habitualmente no pueden llevar a cabo debido a sus responsabilidades con el cuidado de la persona mayor. Durante ese período, a la persona mayor receptora de los cuidados se le proporcionan servicios especializados, denominados habitualmente «servicios de respiro», encargados de satisfacer sus necesidades en centros de día, en estancias temporales en residencias o bien a través de un servicio de ayuda a domicilio.

➤ Programas psicoeducativos

Estos programas desempeñan una función eminentemente formativa e informativa. Su objetivo es enseñar a ser cuidador, o a serlo con una mayor eficacia. De entre la gran diversidad de contenidos que se suelen abordar en estos programas, se suele informar a sus usuarios sobre las características de la enfermedad que padece el mayor a quien han de proporcionar los cuidados, sobre las consecuencias que ello acarrea para el propio cuidador y sobre posibles soluciones, recursos y estrategias para hacerles frente. A través de toda esta información y conocimientos, el cuidador

verá reducida su incertidumbre en relación con la tarea que ha de desempeñar, se sentirá más seguro al llevarla a cabo y, en definitiva, se aliviará su malestar.

➤ **Grupos de ayuda mutua**

Son grupos de cuidadores que se reúnen con el fin de compartir experiencias, dudas, consejos, intercambiar ideas y estrategias para hacer frente a sus problemas y brindarse mutuo apoyo emocional y protección. De este modo, los cuidadores toman conciencia de que otras personas presentan problemas, miedos e intereses similares a los suyos, con lo que estos grupos propician, por un lado, que los propios cuidadores perciban que su situación o su problemática no es única y, por otro, que salgan de la situación de aislamiento social en la que frecuentemente se encuentran. Es más, a menudo los cuidadores que constituyen el grupo pasan a integrar la red social significativa del cuidador y a erigirse en una importante fuente de apoyo social. Asimismo, indirectamente, estos grupos de ayuda proporcionan un respiro, ya que durante el tiempo dedicado al encuentro con el grupo el cuidador no está atendiendo al mayor dependiente.

➤ **Programas psicoterapéuticos**

Estos programas pretenden mejorar el bienestar psicológico del cuidador a través de la modificación y reestructuración de sus pensamientos, emociones y conductas desadaptativas y la instauración de estrategias adaptativas de afrontamiento con el fin de lograr el mejor ajuste posible a la situación de cuidado.

No todas las intervenciones sobre cuidadores presentan el mismo grado de eficacia, siendo las de tipo psicoeducativo y psicoterapéutico y, dentro de éstas, las basadas en el modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman, así como en los modelos cognitivo-conductuales de Beck, las que suelen resultar más eficaces (Pinquart y Sörensen, 2006; Savundranayagam, Montgomery, Kosloski y Little, 2011; Tanriverdi y Ekinci, 2012). No obstante, parece que los beneficios que proporcionan este tipo de intervenciones en el cuidador decaen a largo plazo (Franco, Sola y Justo, 2010).

A modo ilustrativo, en los últimos años se han desarrollado en España algunos programas multicomponente de corte cognitivo-conductual dirigidos a la promoción del bienestar psicológico del cuidador. Por ejemplo, el programa *Cómo mantener su bienestar*, de Crespo y López (2007a, 2007b), tiene como principales objetivos incrementar el tiempo de ocio de los cuidadores, modificar la valoración que éstos hacen de la situación de cuidado (disminuir la percepción de carga y promover respuestas adaptativas ante los problemas conductuales y de memoria del mayor) y mejorar la autoestima del cuidador.

En una línea similar, Losada et al. (2007) desarrollaron el programa *Cuidar cuidándose*, en el que se pretende modificar estilos de pensamiento desadaptativos de los cuidadores y sustituirlos por otros más adaptativos. Paralelamente a este trabajo,

el programa contempla una intervención de carácter conductual con el cuidador dirigida a instaurar conductas adaptativas para su bienestar psicológico, como, por ejemplo, la realización de actividades placenteras. Asimismo, este grupo de trabajo (véase Losada et al., 2015) ha desarrollado recientemente un programa basado en la terapia de aceptación y compromiso. En la medida en que algunas situaciones del cuidado resultan inmodificables o muy difíciles de alterar, este programa pretende que el cuidador aprenda a aceptar dichos aspectos, ya sean externos (p. ej., deterioro cognitivo, pérdida de autonomía funcional, comportamientos problemáticos de la persona mayor, etc.) o internos (pensamientos, emociones y sensaciones fisiológicas adversas), con el fin de favorecer su adaptación al proceso de cuidado y motivarle para comprometerse con acciones acordes a sus propios valores internos.

En cualquier caso, es preciso tomar en consideración que cualquier intervención con cuidadores que pretenda ser eficaz debe estar planificada sobre la base de objetivos específicos e individualizados, y no sobre una problemática genérica supuestamente compartida por todos los cuidadores (Zarit, Femia, Kim y Whitlatch, 2010).

Actividades de evaluación

- ⇒ Explica las principales razones que han llevado a considerar a los cuidadores de personas en situación de dependencia «pacientes ocultos o desconocidos».
- ⇒ ¿Puede la tarea de cuidar a una persona mayor en situación de dependencia proporcionar consecuencias positivas para el cuidador informal? Justifica tu respuesta.
- ⇒ Analiza la importancia de las variables mediadoras en el proceso de estrés del cuidador.
- ⇒ ¿Qué aspectos deben trabajarse con el cuidador informal para reducir las consecuencias negativas del cuidado y mejorar su bienestar?

NOTAS

³ Publicada con permiso del editor. Fuente original: Losada, A., Knight, B. G. y Márquez, N. (2003). Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 38(2), 116-123. Copyright © 2003 Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Publicado por Elsevier España, S. L. Todos los derechos reservados.

⁴ Publicada con permiso del editor. Fuente original: Losada, A., Knight, B. G. y Márquez, N. (2003). Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 38(2), 116-123. Copyright © 2003 Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Publicado por Elsevier España, S. L. Todos los derechos reservados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, G. L. y Rau, B. A. (2011). Putting off tomorrow to do what you want today: planning for retirement. *American Psychologist*, 66(3), 180-192. Doi: 10.1037/a0022131.
- Aguado, A. L. y Alcedo, M. A. (2004). Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Psicothema*, 16(2), 261-269.
- Aguado, L. (2005). Introducción al estudio de la emoción. En L. Aguado. *Emoción, afecto y motivación* (pp. 17-48). Madrid: Alianza Editorial.
- Aguerre, C. y Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 22(2), 1146-1162.
- Aldwin, C. M., Sutton, K. J., Chiara, G. y Spiro, A. (1996). Age differences in stress, coping and appraisal: findings from the Normative Aging Study. *Journals of Gerontology. Psychological Sciences and Social Sciences*, 51B(4), 179-188. Doi: 10.1093/geronb/51B.4.P179.
- Álvarez, J. y Sicilia, M. (2007). Deterioro cognitivo y autonomía personal básica en personas mayores. *Anales de Psicología*, 23(2), 272-281.
- Amador, L. (2002). Hacia una formación de las personas mayores. *Ágora Digital*, 4. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/3504>.
- Amirkhanyan, A. A. y Wolf, D. A. (2006). Parent care and the stressors process: findings from panel data. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61B(5), 248-255.
- Anderson, N. D., Damianakis, T., Kröger, E., Wagner, L. M., Dawson, D. R., Binns, M. A... The BRAVO Team (2014). The benefits associated with volunteering among seniors: A critical review and recommendations for future research. *Psychological Bulletin* (Advanced online publication). Doi: 10.1037/a0037610.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H. y Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving. The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Aranda, C., Pando, M., Flores, M. E. y García, T. (2001). Depresión y redes de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna*, 28(2), 69-74.
- Ardelt, M. y Koenig, C. S. (2006). The role of religion for hospice patients and relatively healthy older adults. *Research on Aging*, 28(2), 184-215. Doi: 10.1177/0164027505284165.
- Arechabala, M. C. y Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49-55.
- Argyle, M. (1992). *La psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza Editorial.

- Arias, A. V. e Iglesias, S. (2015). La generatividad como una forma de envejecimiento exitoso. Estudio del efecto mediacional de los vínculos sociales. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 109-120. Doi: 10.1989/ejihpe.v1i1.95.
- Armadans, I. (2002). *Actividades de ocio turístico y personas mayores: análisis de diferencias psicosociales entre viajeros y no viajeros*. Tesis doctoral inédita. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Arndt, J. y Goldenberg, J. L. (2002). From threat to sweat: The role of physiological arousal in the motivation to maintain self-esteem. En A. Tesser, J. V. Wood y D. A. Stapel (eds.), *Self and motivation: Emerging psychological perspectives* (pp. 43-69). Washington, DC: American Psychological Association. Doi: 10.1037/10448-000.
- Artaso, B., Goñi, A. y Gómez, A. R. (2001). Factores influyentes en la sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia. *Revista de Psicogeriatría*, 1, 18-22.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190. Doi: 10.1093/geront/29.2.183.
- Atienza, A. A., Henderson, P. C., Wilcox, S. y King, A. C. (2001). Gender differences in cardiovascular response to dementia caregiving. *Gerontologist*, 42, 490-498. Doi: 10.1093/geront/41.4.490.
- Austin, J. T. y Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process and content. *Psychological Bulletin*, 120(3), 338-375. Doi: 10.1037/0033-2909.120.3.338.
- Australian Institute of Health and Welfare (2015). *Australia's welfare 2015. Australia's welfare series no. 12. Cat. no. AUS 189*. Canberra: AIHW.
- Avlund, K., Damsgaard, M. T. y Holstein, B. E. (1998). Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70 year-old men and women in Denmark. *Social Science and Medicine*, 47(5), 635-643. Doi: 10.1016/S0277-9536(98)00122-1.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B. E. y Due, P. (2004). Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38(1), 85-99. Doi: 10.1016/j.archger.2003.08.003.
- Badia, X., Lara, N. y Roset, M. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Atención Primaria*, 34, 170-177.
- Baldock, J. y Hadlow, J. (2002). Housebound older people; the links between identity, self-esteem and the use of care services. *Economic and Social Research Council Growing Older Programme*. Recuperado de http://www.growingolder.group.shef.ac.uk/JohnBaldock_F4.pdf.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Staundinger, U. M. y Lindenberger, U. (1999). Lifespan Psychology: theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. Doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191.

- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184. Doi: 10.1037/0003-066X.44.9.1175.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En R. J. DiClemente y J. L. Peterson (eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 25-59). Nueva York: Plenum.
- Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management*, 38(1), 9-44. Doi: 10.1177/0149206311410606.
- Baron, R. A. y Byrne, D. (2005). *Psicología Social*. Nueva Jersey: Pearson Prentice-Hall.
- Baron, R. A. y Byrne, D. (2005). Aspectos de la identidad social: self y género. En R. A. Baron y D. Byrne, *Psicología social* (pp. 165-214). Madrid: Pearson.
- Bauer, J. J. y McAdams, D. P. (2004). Personal growth in adult's stories of life transitions. *Journal of Personality*, 72, 573-602. Doi: 10.1111/j.0022-3506.2004.00273.x.
- Bazo, M. T. (1996). Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: análisis sociológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 209-222.
- Bazo, M. T. (1998). El cuidado familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: el caso de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33, 49-56.
- Becchetti, L., Castriota, S. y Londoño, D. A. (2007). *Climate, Happiness and the Kyoto protocol: someone does not like it hot anymore*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/24125640_Climate_Happiness_and_the_Kyoto_protocol
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Beehr, T. A. y McGrath, J. E. (1996). The methodology of research on coping: Conceptual, strategic, and operational-level issues. En M. Zeidner y N. S. Endler, *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 65-82). Nueva York: Wiley.
- Berjano, E. y Llopis, D. (1996). *Jubilación: expectativas y tiempo de ocio*. (inf. téc. n.º 2, 1.ª edición). Madrid: Fundación Caja de Madrid.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Boulton-Lewis, G. M. (2010). Education and learning for the elderly: Why, how, what. *Educational Gerontology*, 36(3), 213-228. Doi: 10.1080/03601270903182877.
- Bowling, A. e Iliffe, S. (2006). Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing*, 35, 607-614. Doi: 10.1093/ageing/afl100.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brandstädter, J. y Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22(1), 117-150. Doi: 10.1006/drev.2001.0539.
- Brandstädter, J., Ventura, D. y Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 323-349. Doi: 10.1177/016502549301600212.

- Burns, R. A. y Machin, M. A. (2009). Investigating the structural validity of Ryff's Psychological Well-Being Scales across two samples. *Social Indicators Research*, 93(2), 359-375. Doi: 10.1007/s11205-008-9329-1.
- Cabanach, R., Fernández-Cervantes, R., González-Doniz, L. y Millán, P. (2007). *La atención psicológica al cuidador. El estrés del cuidador*. A Coruña: Psicoeduca.
- Cabanach, R. G., Seoane, E. y García, A. (2003). *El funcionamiento psicológico de las personas mayores. Orientaciones para la intervención*. A Coruña: Asociación Gallega de Psicopedagogía.
- Cabañero, M. J., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M. I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de una escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.
- Cacioppo, J. T. y Hawkley, L. C. (2003). Social isolation and health. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), 39-52. Doi: 10.1353/pbm.2003.0063.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C. y Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453-463. Doi: 10.1037/a0017216.
- Calvo, E., Haverstick, K. y Sass, S. A. (2009). Gradual retirement, sense of control and retirees' happiness. *Research on Aging*, 31(1), 112-135. Doi: 10.1177/0164027508324704.
- Canto, H. G. y Castro, E. K. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 9(2), 257-270.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338. Doi: 10.1037/0882-7974.7.3.331.
- Carstensen, L. L., Fung, H. y Charles, S. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27, 103-123. Doi: 10.1023/A:1024569803230.
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R. y Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26(1), 21-33. Doi: 10.1037/a0021285.
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. Doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1999). Stress, coping, and self-regulatory processes. En L. A. Pervin y O. P. John (eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2.ª ed.) (pp. 553-575). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Casado, B. y Sacco, P. (2012). Correlates of caregiver burden among family caregivers of older Korean Americans. *Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 67B(3), 331-336. Doi: 10.1093/geronb/gbr115.
- Casas, F. y Aymerich, M. (2005). Calidad de vida de las personas mayores. En S. Pinazo y M. Sánchez (dirs.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 117-146). Madrid: Pearson.

- Castellano, C. L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377.
- Castellón, A. y Romero, V. (2004). Autopercepción de la calidad de vida. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14(3), 131-137.
- Castro, E. y Zarzosa, M. C. (2006). La sobrecarga física y psicológica de los cuidadores de enfermos con discapacidad. *Geriátrika*, 22(1), 26-31.
- Cayo, G. L., Flores, E. J., Perea, X., Pizarro, M. y Aracena, A. (2003). *La sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo*. Ponencia presentada en el Simposio «Viejos y viejas: participación, ciudadanía e inclusión social», 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile.
- Cerquera, A. M., Granados, F. J. y Buitrago, A. M. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psycologia: Avances de la Disciplina*, 6(1), 35-45.
- Chappell, N. L. y Funk, L. M. (2011). Social support, caregiving, and aging. *Canadian Journal on Aging*, 30, 355-370. Doi: 10.1017/S0714980811000316.
- Chappell, N. L. y Reid, R. C. (2002). Burden and well-being among caregivers: Examining the distinction. *Gerontologist*, 42(6), 772-780. Doi: 10.1093/geront/42.6.772.
- Chen, C. K., Sabir, M., Zimmerman, S., Suitor, J. y Pillemer, K. (2007). The importance of family relationships with nursing facility staff for family caregiver burden and depression. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62B(5), 253-260.
- Chen, F. F., Jing, Y., Hayes, A. y Lee, J. M. (2013). Two concepts or two approaches? A bifactor analysis of psychological and subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 14(3), 1033-1068. Doi: 10.1007/s10902-012-9367-x.
- Chen, X. (2000). Intergenerational social support and the psychological well-being of older parents in China. *Research on Aging*, 22(1), 43-65. Doi: 10.1177/0164027500221003.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544-550.
- Cho, J., Martin, P. y Poon, L. W. (2012). The older they are, the less successful they become? Findings from the Georgia Centenarian Study. *Journal of Aging Research*, 2012, 1-8. Doi: 10.1155/2012/695854.
- Clay, O. J., Roth, D. L., Wadley, V. G. y Haley, W. E. (2008). Changes in social support and their impact on psychosocial outcome over a 5-year period for African American and white dementia caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 857-862. Doi: 10.1002/gps.1996.
- Clemente, M. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria*, 20(1), 31-60.
- Clemente, M., Risso, A., Heleno, S. y Gandoy, M. (2012). Depresión en los cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Revista PsiqueMag*, 1(1), 1-7.
- Clemente, M. y Vidal, M. (1999). Familia y tercera edad: variables predictoras del abandono del anciano. *Estudios Interdisciplinarios sobre o Envelhecimento*, 2, 49-

- Coats, A. y Blanchard-Fields, F. (2008). The experience of anger and sadness in everyday problems impacts age differences in emotion regulation. *Developmental Psychology*, *44*, 1547-155. Doi: 10.1037/a0013915.
- Coon, D. W., Thompson, L., Steffen, A., Sorocco, K. y Gallagher-Thompson, D. (2003). Anger and depression management: Psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *Gerontologist*, *43*, 678-689. Doi: 10.1093/geront/43.5.678.
- Cordingley, I. y Webb, C. (1997). Independence and aging. *Reviews in Clinical Gerontology*, *7*, 137-146. Doi: 10.1017/S0959259897000154.
- Covington, M. V. (1992). *Making the grade: A self-worth perspective on motivation and school reform*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Crespo, M. y Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, *31*(1), 19-27. Doi: 10.6018/analesps.31.1.158241.
- Crespo, M. y López, J. (2007a). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa «Cómo mantener su bienestar»*. Madrid: IMSERSO.
- Crespo, M. y López, J. (2007b). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Pirámide.
- Crespo, M. y López, J. (2008). *Cuidadoras y cuidadores: El efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte e Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Custers, A. F. J., Westerhof, G. J., Kuin, Y., Gerritsen, D. L. y Riksen-Walraven, M. (2010). Relatedness, autonomy, and competence in the caring relationship: The perspective of nursing home residents. *Journal of Aging Studies*, *26*, 319-326. Doi: 10.1016/j.jaging.2012.02.005.
- Daichman, L. S. (2001). Controversias en los criterios éticos de los cuidados en geriatría. *Acta Bioética*, *1*(7), 121-127.
- Debats, D. L. (1996). Meaning in life: Clinical relevance and predictive power. *British Journal of Clinical Psychology*, *35*, 503-516. Doi: 10.1111/j.2044-8260.1996.tb01207.x.
- Del Llano, J., Pérez, S. e Hidalgo, A. (2004). *El impacto de la jubilación sobre la salud y la calidad de vida de las personas mayores*. Recuperado de <http://imw.es/userfiles/file/Salud/Salud%20mayores%20definitivo%20IMSERSO.j>
- Del Pino, R., Frías, A., Palomino, P. A. y Martínez, J. R. (2012). Gender differences regarding informal caregiver of older people. *Journal of Nursing Scholarship*, *44*(4), 349-357. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01477.
- Delle Fave, A., Massimini, F. y Bassi, M. (2011). *Psychological selection and optimal experience across cultures: Social empowerment through personal growth*. Nueva York: Springer.
- Depp, C. A. y Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *14*, 6-20. Doi: 10.1176/foc.7.1.foc137.
- Desrichard, O. y Köpetz, C. (2005). A threat in the elder: the impact of task

- instructions, self-efficacy and performance expectations on memory performance in the elderly. *European Journal of Social Psychology*, 35(4), 537-552. Doi: 10.1002/ejsp.249.
- Deví, J. y Ruiz, I. (2002). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(1), 31-37.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendock, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3(8), 67-113.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. Doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34.
- Diener, E., Diener, M. y Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 851-864. Doi: 10.1037/0022-3514.69.5.851.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. Doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. Doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276.
- Diener, E., Suh, E. y Oishi, S. (1998). Recent studies on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.
- Disabato, D. J., Goodman, F. R., Kashdan, T. B., Short, J. L. y Jarden, A. (2015). Different types of well-being? A cross-cultural examination of hedonic and eudaimonic well-being. *Psychological Assessment*. Doi: 10.1037/pas0000209.
- Domínguez, M. T., Ocejó, A. y Rivera, M. A. (2013). Bienestar, apoyo social y contexto familiar de cuidadores de adultos mayores. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 1018-1030.
- Dunér, A. y Nordström, M. (2005). Intentions and strategies among elderly people: Coping in everyday life. *Journal of Aging Studies*, 19, 437-451. Doi: 10.1016/j.jaging.2004.10.001.
- Durán, M. A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Dwyer, L. L., Nordenfelt, L. y Ternstedt, B. M. (2008). Three nursing home residents speak about meaning at the end of life. *Nursing Ethics*, 15(1), 97-109. Doi: 10.1177/0969733007083938.
- Endler, N. S., Kantor, L. y Parker, J. D. A. (1994). State-trait coping, state-trait anxiety and academic performance. *Personality and Individual Differences*, 16(5), 663-670. Doi: 10.1016/0191-8869(94)90208-9.
- Endler, N. S. y Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854. Doi: 10.1037//0022-3514.58.5.844.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. Nueva York: International Universities Press.

- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M. y Kivnick, H. Q. (1986). *Vital involvement in old age*. Nueva York: Norton.
- Ettxeberria, I. (2016). Estudio descriptivo de algunas variables emocionales en las personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(2), 57-69.
- Expósito, F. y Moya, M. (2000). Percepción de la soledad. *Psicothema*, 12(4), 579-585.
- Fauth, E., Hess, K., Piercy, K., Norton, M., Corcoran, C., Rabins, P. y Tschanz, J. (2012). Caregiver's relationships closeness with the person with dementia predicts both positive and negative outcomes for caregivers' physical health and psychological well-being. *Aging and Mental Health*, 16(6), 699-711. Doi: 10.1080/13607863.2012.678482.
- Feng, D., Ji, L. y Xu, L. (2014). Mediating effect of social support on the association between functional disability and psychological distress in older adults in rural China: Does age make a difference? *PLoS ONE*, 9(6), e100945. Doi: 10.1371/journal.pone.0100945.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). El estrés. En E. G. Fernández-Abascal (coord.), *Psicología general: motivación y emoción* (pp. 250-83). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Díez-Nicolás, J., López-Bravo, M. D., Molina, M. A. y Schettini, R. (2011). Productivity in old age. *Research on Aging*, 33(2), 205-226. Doi: 10.1177/0164027510395398.
- Fernández-Lansac, V. y Crespo, M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: Una revisión. *Clínica y Salud*, 22 (1), 21-40.
- Fernández-Larrinoa, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J. y Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23(3), 388-393.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M. E., Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S.,..., Forjaz, M. J. (2015). Active ageing and quality of life: Factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Aging and Mental Health*, 19(11), 1031-1041. Doi: 10.1080/13607863.2014.996734.
- Ferrand, C., Martinent, G. y Durmaz, N. (2014). Psychological need satisfaction and well-being in adults aged 80 years and older living in residential homes: Using a self-determination theory perspective. *Journal of Aging Studies*, 30, 104-111. Doi: 10.1016/j.jaging.2014.04.0040.
- Fine, M. y Glendinning, C. (2005). Dependence, independence or interdependence? Revising the concepts of «care» and «dependency». *Aging and Society*, 25, 601-621. Doi: 10.1017/S0144686X05003600.
- Flores, N., Jenaro, C., Moro, L. y Tomsa, R. (2014). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio

- comparativo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 79-88. Doi: 10.1989/ejihpe.v4i2.55.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S. y Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2(2), 171-184. Doi: 10.1037/0882-7974.2.2.171.
- Forteza, J. A. (1990). La preparación para el retiro. *Anales de Psicología*, 6(2), 101-114.
- Fowers, B. J., Molica, C. O. y Procacci, E. N. (2010). Constitutive and instrumental goal orientations and their relations with eudaimonic and hedonic well-being. *Journal of Positive Psychology*, 5, 139-153.
- Franco, C., Sola, M. D. y Justo, E. (2010). Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (conciencia plena). *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45(5), 252-258.
- Freund, A. M. y Baltes, P. B. (1999). Selection, optimization and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychological Aging*, 14(4), 700-702. Doi: 10.1037/0882-7974.13.4.531.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996). *Escalas de afrontamiento para adolescentes: Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gallardo, L. P., Sánchez, E., Arias, A. y Barrón, A. (2015). Elementos estructurales de la red social, fuentes de apoyo funcional, reciprocidad, apoyo comunitario y depresión en personas mayores en Chile. *Anales de Psicología*, 31(3), 1018-1029. Doi: 10.6018/analesps.31.3.172861.
- García, M. I. y Lara, F. (2013). Las personas mayores, salud, dependencia y actividades. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 259-270.
- García-Martín, M. A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.
- García-Viniegras, C. R. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- Garity J. (2006). Caring for a family member with Alzheimer's disease: Coping with caregiver burden post-nursing home placement. *Journal of Gerontological Nursing*, 32, 39-48.
- Gaugler, J. E., Kane, R. L. y Newcomer, R. (2007). Resilience and transition from dementia caregiving. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62B(1), 38-44.
- Gaugler, J. E., Leitsch, S. A., Zarit, S. H. y Pearlin, L. I. (2000). Caregiver involvement following institutionalization: Effects of preplacement stress. *Research on Aging*, 22(4), 337-359. Doi: 10.1177/0164027500224002.
- George, L. K. y Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist*, 26(3), 253-259. Doi: 10.1093/geront/26.3.253.
- Gerstorf, D., Heckhausen, J., Ram, N., Infurna, F. J., Schupp, J. y Wagner, G. G. (2014). Perceived personal control buffers terminal decline in well-being.

- Psychology and Aging*, 29(3), 612-625. Doi: 10.1037/a0037227.
- Gibson, H. J. y Singleton, J. F. (2012). *Leisure and aging: Theory and practice*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Gil, K. M., Wilson, J. J. y Edens, J. L. (1997). The stability of pain coping strategies in young children, adolescents, and adults with sickle cell disease over an 18-month period. *The Clinical Journal of Pain*, 13(2), 110-115. Doi: 10.1097/00002508-199706000-00005.
- Girardi, L. M. y Molzahn, A. (2007). Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research*, 29(1), 10-26. Doi: 10.1177/0193945906292550.
- Glass, J. C. (1995). Retirement planning for clergy: need and content. *Journal of Religious Gerontology*, 9(2), 15-33. Doi: 10.1300/J078V09N02_02.
- Glass, T. A., Mendes de León, C., Bassuk, S. S. y Berkman, L. F. (2006). Social engagement and depressive symptoms in late life. Longitudinal findings. *Journal of Aging and Health*, 18(4), 604-628. Doi: 10.1177/0898264306291017.
- Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M. y Lawlor, B. A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and well-being in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(7), 694-700. Doi: 10.1002/gps.2181.
- Goldsmith, D. J. y Albrecht, T. L. (2011). Social support, social networks, and health: A guiding framework. En T. L. Thompson, R. Parrott y J. F. Nussbaum (eds.), *The Routledge handbook of health communication* (2.^a ed.) (pp. 335-348). Nueva York: Routledge.
- Gómez, M. A. (2005). *Estilos de vida en mayores de 50 años*. Tesis doctoral inédita. Granada: Universidad de Granada.
- Gómez, V., Villegas, C., Barrera, F. y Cruz, J. E. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 311-325.
- Gómez-Redondo, R. y Fernández-Carro, C. (2014). Personas mayores, discapacidad y dependencia. En IMSERSO, *Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas* (pp. 329-369). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- González, M. C. y Tourón, J. (1994). La naturaleza del autoconcepto y sus características. En M. C. González y J. Tourón (eds.), *Autoconcepto y rendimiento escolar. Sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje* (pp. 101-179). Navarra: Eurisa.
- Gott, M. y Hinchliff (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science and Medicine*, 56, 1617-1628. Doi: 10.1016/S0277-9536(02)00180-6.
- Greenfield, E. A. y Russell, D. (2011). Identifying living arrangements that heighten risk for loneliness in later life: Evidence from the U.S. national social life, health, and aging project. *Journal of Applied Gerontology*, 30, 524-534. Doi: 10.1177/0733464810364985.
- Grembowski, D., Patrick, D., Durham, D., Beresford, S., Kay, E. y Hecht, J. (1993).

- Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(2), 89-104.
- Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Gotestam-Skorpen, C. y Hsu, A. Y. C. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging*, 12, 590-599. Doi: 10.1037/0882-7974.12.4.590.
- Haley, W. E., Roth, D. L., Coleton, M. I., Ford, G. R., West, C. A. C., Collins, R. P. e Isober, T. L. (1996). Appraisal, coping, and social support as mediators of well-being in black and white family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 121-129. Doi: 10.1037/0022-006X.64.1.121.
- Harris, A. H. y Thoresen, C. E. (2005). Volunteering is associated with delayed mortality in older people: Analysis of the longitudinal study of aging. *Journal of Health Psychology*, 10(6), 739-752. Doi: 10.1177/1359105305057310.
- Harwood, D. G., Barker, W. W., Cantillon, M., Loewenstein, D. A., Ownby, R. y Duara, R. (1998). Depressive symptomatology in first-degree family caregivers of Alzheimer disease patients: A cross-ethnic comparison. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 12, 340-346.
- Heckhausen, H. (1991). *Motivation and action*. Nueva York: Springer.
- Herrera, J. M., Barranco, C., Melián, C., Herrera, R. M., Rodríguez, M. I. y Mesa, M. N. (2003). La autoestima como predictor de la calidad de vida en los mayores. *Portularia*, 4, 171-178.
- Herrero, J. y Gracia, E. (2005). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Intervención Psicosocial: Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 14(1), 41-50.
- Hockey, J. y James, A. (1993). Growing up and growing old: Ageing and dependency in the life course. Londres: SAGE.
- Hodge, D. R. y Sun, F. (2012). Positive feelings of caregiving among Latino Alzheimer's family caregivers: Understanding the role of spirituality. *Aging and Mental Health*, 16(6), 689-698. Doi: 10.1080/13607863.2012.678481.
- Hooker, K. y McAdams, D. P. (2003). Personality reconsidered: A new agenda for aging research. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B(6), 296-304. Doi: 10.1093/geronb/58.6.P296.
- Huang, C. (2010). Mean-level change in self-esteem from childhood through adulthood: Meta-analysis of longitudinal studies. *Review of General Psychology*, 14(3), 251-260. Doi: 10.1037/a0020543.
- Huitt, W. (2009). Self-concept and self-esteem. *Educational Psychology Interactive*. Recuperado de: <http://www.edpsycinteractive.org/topics/regsys/self.html>.
- Huo, Y. y Kong, F. (2013). Moderating effects of gender and loneliness on the relationship between self-esteem and life satisfaction in Chinese university students. *Social Indicators Research*. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s11205-013-0404-x>.
- Huxhold, O., Fiori, K. L. y Windsor, T. D. (2013). The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being, and health: The costs and benefits of Socio Emotional Selectivity. *Psychology and Aging*, 28(1), 3-16. Doi: 10.1037/a0030170.

- IMSERSO (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- IMSERSO (2008). *La participación social de las personas mayores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- IMSERSO (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Instituto Nacional de Estadística (2008). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) 2008*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Izquierdo, A. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta. Teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación*, 16(2), 601-619.
- Jackson, J. y Cochran, S. D. (1991). Loneliness and psychological distress. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 125(3), 257-262. Doi: 10.1080/00223980.1991.10543289.
- Jang, Y., Mortimer, J. A., Haley, W. E. y Borenstein, A. R. (2004). The role of social engagement in life satisfaction: Its significance among older individuals with disease and disability. *The Journal of Applied Gerontology*, 23(3), 266-278. Doi: 10.1177/0733464804267579.
- Jonker, A. A., Comijs, H. C., Knipscheer, K. C. y Deeg, D. J. (2009). The role of coping resources on change in well-being during persistent health decline. *Journal of Aging and Health*, 21, 1063-1082. Doi: 10.1177/0898264309344682.
- Jopp, D. y Smith, J. (2006). Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: On the protective effect of selection, optimization and compensation. *Psychological Aging*, 21(2), 253-265. Doi: 10.1037/0882-7974.21.2.253.
- Jorm, A. F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 30, 11-22.
- Jung, C. G. (1971). The stages of life. En J. Campbell, *The portable Jung*. Nueva York: Viking Press.
- Kahana, E., Bhatta, T., Lovegreen, L. D., Kahana, B. y Midlarsky, E. (2013). Altruism, helping, and volunteering. Pathways to well-being in late life. *Journal of Aging and Health*, 25(1), 159-187. Doi: 10.1177/0898264312469665.
- Kahn, R. L. y Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. En P. B. Baltes y O. G. Brim Jr. (eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 3, pp. 253-286). Nueva York, NY: Academic Press.
- Kangas, J. L., Baldwin, A. S., Rosenfield, D., Smits, J. A. y Rethorst, C. D. (2015). Examining the moderating effect of depressive symptoms on the relation between exercise and self-efficacy during the initiation of regular exercise. *Health Psychology*, 34(5), 556-565. Doi: 10.1037/hea0000142.
- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R. y King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *Journal of Positive Psychology*, 3(4), 219-233. Doi: 10.1080/17439760802303044.

- Kashdan, T. B. y Steger, M. F. (2007). Curiosity and pathways to well-being and meaning in life: Traits, states, and everyday behaviors. *Motivation and Emotion*, 31(3), 159-173. Doi: 10.1007/s11031-007-9068-7.
- Kasser, V. G. y Ryan, R. M. (1999). The relation of psychological needs for autonomy and relatedness to vitality, well-being and mortality in a nursing home. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(5), 935-954. Doi: 10.1111/j.1559-1816.1999.tb00133.x.
- Kato, T. (2012). Development of the Coping Flexibility Scale: Evidence for the coping flexibility hypothesis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), 262-273. Doi: 10.1037/a0027770.
- Katz, S. y Calasanti, T. (2014). Critical Perspectives on Successful Aging: Does It «Appeal More Than It Illuminates»? *The Gerontologist, Special Issue*, 1-8. Doi: 10.1093/geront/gnu027.
- Keyes, C., Ryff, C. D. y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. Doi: 10.1037//0022-3514.82.6.1007.
- Kim, H., Chang, M., Rose, K. y Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846-855. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x.
- Kim, J. E. y Nesselroade, J. R. (2003). Relationships among social support, self-concept and well-being of older adults: A study of process using dynamic factor models. *International Journal of Behavioral Development*, 27(1), 49-65. Doi: 10.1080/01650250244000010.
- Knight, B. y Losada, A. (2011). Family caregiving for cognitively or physically frail older adults: Theory, research, and practice. En K. W. Schaie y S. L. Willis (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (7.^a ed.) (pp. 353-365). Nueva York: Academic Press.
- Knight, B. G. y Sayegh, P. (2010). Cultural values and caregiving: The updated sociocultural stress and coping model. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B, 5-13. Doi: 10.1093/geronb/gbp096.
- Kramer, B. (1997). Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *Gerontologist*, 37, 239-249. Doi: 10.1093/geront/37.2.239.
- Krause, N. (1987). Life stress, social support and self-esteem in an elderly population. *Psychology and Aging*, 2(4), 349-356. Doi: 10.1037/0882-7974.2.4.349.
- Krause, N. (2007a). Evaluating the stress-buffering function of meaning in life among older people. *Journal of Aging and Health*, 19(5), 792-812. Doi: 10.1177/0898264307304390.
- Krause, N. (2007b). Self-expression and depressive symptoms in late life. *Research on Aging*, 29(3), 187-206. Doi: 10.1177/0164027506298226.
- Krause, N. y Shaw, B. A. (2003). Role-specific control, personal meaning and health in later life. *Research on Aging*, 25(6), 559-586. Doi: 10.1177/0164027503256695.
- Krzemien, D., Monchetti, A. y Urquijo, S. (2005). Afrontamiento activo y

- adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata. *Interdisciplinaria*, 22(2), 183-210.
- Kuhl, J. (1984). Volitional aspects of achievement motivation and learned helplessness: Toward a comprehensive theory of action-control. En B. A. Maher (ed.), *Progress in experimental personality research* (vol. 13, pp. 99-171). Nueva York: Academic Press.
- Kwon, Y., Scheibe, S., Samanez-Larkin, G. R., Tsai, J. L. y Carstensen, L. L. (2009). Replicating the positivity effect in picture memory in Koreans: Evidence for cross-cultural generalizability. *Psychology and Aging*, 24, 748-754. Doi: 10.1037/a0016054.
- Larrañaga, I. (1995). La red de soporte en la población anciana. *Inguruak*, 13, 209-233.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23(4), 349-357. Doi: 10.1093/geront/23.4.349.
- Lawton, M. P. (2001). Quality of life and the end of life. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 593-616). Nueva York: Academic Press.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K. y Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 518-530. Doi: 10.1037/0022-3514.68.3.518.
- Leipold, B., Schacke, C. y Zank, S. (2008). Personal growth and cognitive complexity in caregivers of patients with dementia. *European Journal of Ageing*, 5, 203-214. Doi: 10.1007/s10433-008-0090-8.
- Lemos, J. R. y Fernández, J. R. (1990). Redes de soporte social y salud. *Psicothema*, 2(2), 113-135.
- Leturia, F. J., Yanguas, J. J. y Leturia, M. (1993). Jubilación: necesidad de reflexión. *Revista de Servicios Sociales*, 22, 39-44.
- Levesque, L., Cossette, S. y Lachance, L. (1998). Predictors of the psychological well-being of primary caregivers living with a demented relative: A 1-year follow-up study. *Journal of Applied Gerontology*, 17, 240-258. Doi: 10.1177/073346489801700211.
- Li, H., Morrow-Howell, N., Proctor, E. y Rubin, E. (2013). Social support resources and post-acute recovery for older adults with major depression. *Community Mental Health Journal*, 49(4), 419-426. Doi: 10.1007/s10597-012-9567-1.
- Li, L. W. (2005). From caregiving to bereavement: Trajectories of depressive symptoms among wife and daughters caregivers. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60B(4), 190-198.
- Li, W., Zhang, L., Liu, B. y Cao, H. (2013). The impact of negative interpersonal life events of social adaptation in Chinese college students: Mediator effect of self-esteem. *Social Behavior and Personality*, 41(5), 705-714. Doi: 10.2224/sbp.2013.41.5.705.
- Lima, J. C., Allen, S. M., Goldscheider, F. e Intrator, O. (2008). Spousal caregiving in late midlife versus older ages: Implications of work and family obligations.

- Journal of Gerontology: Social Sciences*, 63B(4), 229-238.
- Limón, M. R. (1993). La preparación a la jubilación: nueva ocupación del tiempo. *Revista Complutense de Educación*, 4(1), 53-67.
- Lin, C. (2015). Validation of the Psychological Well-Being Scale for use in Taiwan. *Social Behavior and Personality*, 43(5), 867-874. Doi: 10.2224/sbp.2015.43.5.867.
- López, F. (2012). *Sexualidad y afectos en la vejez*. Madrid: Pirámide.
- López, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- López, V., Navarro, E. y Requena, C. (2015). Actividades de ocio y bienestar emocional en personas jubiladas independientes. *Research on Aging and Social Policy*, 3(1), 46-63. Doi: 10.17583/rasp.2015.1099.
- Losada, A. (2005). *Influencia de los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado en el malestar psicológico de cuidadores de personas mayores con demencia. Resultados de un estudio transversal y de intervención*. Tesis doctoral no publicada. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Losada, A., Knight, B. G. y Márquez, M. (2003). Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(2), 116-123.
- Losada, A., Márquez, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D. y Knight, B. G. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención disciplinar. *Psicología conductual*, 15(1), 57-76.
- Losada, A., Márquez, M., Romero, R. y López, J. (2014). Development and validation of the Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire (EACQ). *Aging & Mental Health*, 18, 897-904. Doi: 10.1080/13607863.2014.896868.
- Losada, A., Márquez, M., Romero, R., López, J., Fernández-Fernández, V. y Nogales, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 1, 41-48.
- Losada, A., Montorio, I., Izal, M. y Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: IMSERSO.
- Lucas, R. E., Diener, E. y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628. Doi: 10.1037/0022-3514.71.3.616.
- Luo, Y., Hawkley, L. C., Waite, L. J. y Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74, 907-914. Doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.028.
- Lum, T. Y. y Ligtfoot, E. (2005). The effects of volunteering on the physical and mental health of older people. *Research on Aging*, 27(1), 31-55. Doi: 10.1177/0164027504271349.
- Luyckx, K., Klimstra, T. A., Duriez, B., Van Petegem, S., Beyers, W., Teppers, E. y Goossens, L. (2013). Personal identity processes and self-esteem: Temporal sequences in high school and college students. *Journal of Research in Personality*,

- 47(2), 159-170. Doi: 10.1016/j.jrp.2012.10.005.
- Malmberg, J. J., Miinlunpalo, S. I., Vuori, I. M., Pasanen, M. E., Oja, P. y Apaänen-Niemi, N. A. (2002). Improved functional status in 16 years of follow up of middle aged and elderly men and women in north eastern Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 905-912.
- Marín, M. y García, A. J. (2004). Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial. *MAPFRE Medicina*, 15(3), 177-185.
- Márquez, M., Losada, A., Pillemer, K., Romero, R., López, J. y Martínez (2010). Cuidando más allá del domicilio: el papel de la familia en los centros residenciales y el cuidado colaborativo. *Psicogeriatría*, 2, 93-104.
- Martín, A. V. y Requejo, A. (2005). Fundamentos y propuestas de la educación no formal con personas mayores. *Revista de Educación*, 338, 45-66.
- Martin, P., Rott, C., Poon, L. W., Courtenay, B. y Lehr, U. (2001). A molecular view of coping behavior in older adults. *Journal of Aging and Health*, 13, 72-91. Doi: 10.1177/089826430101300104.
- Martínez, S. y Amayra, I. (2006). Beneficios del ocio en la vejez: pautas para el desarrollo de programas de ocio terapéuticos. *Interpsiquis*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/beneficios-del-ocio-en-la-vejez-pautas-para-el-desarrollo-de-programas-de-ocio-terapeuticos/>.
- Martinson, M. y Berridge, C. (2015). Successful aging and its discontents: A systematic review of the social gerontology literature. *The Gerontologist*, 55(1), 58-69. Doi: 10.1093/geront/gnu037.
- Martorell, I., Medrano, M., Solé, C., Vila, N. y Cabeza, L. F. (2009). Inquiry-based learning for older people at a university in Spain. *Educational Gerontology*, 35, 712-731.
- Martos, A. J. (2005). *Variables mediadoras en la relación entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional en personas mayores*. Tesis doctoral no publicada. Granada: Universidad de Granada.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. Nueva York: D. van Nostrand.
- Mather, M. y Knight, M. (2005). Goal-directed memory: The role of cognitive control in older adult's emotional memory. *Psychology and Aging*, 20(4), 554-570. Doi: 10.1037/0882-7974.20.4.554.
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E. y Blasco, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Estudios de Psicología*, 8(3), 26-32.
- McLaughlin, D., Leung, J., Pachana, N., Flicker, L., Hankey, G. y Dobson, A. (2012). Social support and subsequent disability: It is not the size of your network that counts. *Age and Ageing*, 41(5), 674-677. Doi: 10.1093/ageing/afs036.
- Meeks, S., Van Haitsma, K., Kostiwa, I. y Murrell, S. (2012). Positivity and well-being among community-residing elders and nursing home residents: What is the optimal affect balance? *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. Doi: 10.1093/geronb/gbr135.
- Meléndez, J. C. (1998a). Apoyo familiar y tercera edad. *Geriátrika*, 14(2), 98-102.
- Meléndez, J. C. (1998b). Apoyo social, tercera edad y autopercepción. *Gerokomos*,

- IX(2), 60-66.
- Meléndez, J. C. (1999). Percepción de relaciones sociales en la tercera edad. *Geriatría*, 15(1), 18-22.
- Meléndez, J. C. y Cerdá, C. (2001). Emociones y tercera edad: un camino por recorrer. *Geriatría*, 17(4), 47-54.
- Meléndez, J. C., Navarro, E., Oliver, A. y Tomás, J. M. (2009). La satisfacción vital en los mayores. Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología*, 95, 29-42.
- Mellor, D., Hayashi, Y., Stokes, M., Firth, L., Lake, L., Staples, M. y Cummins, R. (2009). Volunteering and its relationships with personal and neighbourhood well-being. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 38(1), 144-159. Doi: 10.1177/0899764008317971.
- Menezes de Lucena, V. A., Fernández Calvo, B., Hernández, L., Ramos, F. y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796.
- Molina, C. y Meléndez, J. C. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Geriatría*, 22(3), 97-105.
- Molina, C., Meléndez, J. C. y Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24(2), 312-319.
- Molina, J. M., Iáñez, M. A. e Iáñez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*, 15(1), 33-43.
- Molina, M. T., Schettini, R., López-Bravo, M. D., Zamarrón, M. D. y Fernández Ballesteros, R. (2011). Actividades cognitivas y funcionamiento cognitivo en personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(6), 297-302.
- Montero, M. y Sánchez-Sosa, J. J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24(1), 19-27.
- Montorio, I. y Carrobes, J. A. (1999). Comportamiento y salud. Promoción de la salud. En I. Montorio y M. Izal (eds.), *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud* (pp. 15-42). Madrid: Síntesis.
- Montorio, I., Izal, M., Colodrón, M. S. y Losada, A. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(2), 61-71.
- Montorio, I., Izal, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.
- Montorio, I. y Losada, A. (2004). *Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional*. Madrid: IMSERSO. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopn>
- Montorio, I., Yanguas, J. y Díaz-Veiga, P. (1999). El cuidado del anciano en el ámbito familiar. En M. Izal e I. Montorio, *Gerontología conductual: Bases para la intervención y ámbitos de aplicación* (pp. 141-158). Madrid: Síntesis.
- Moos, R. H. y Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1387-1403. Doi: 10.1002/jclp.10229.
- Moragas, R. (1989). *La jubilación. Un enfoque positivo*. Barcelona: Grijalbo.

- Moraitou, D., Kolovou, C., Papasozomenou, C. y Paschoula, C. (2006). Hope and adaptation to old age: Their relationship with individual-demographic factors. *Social Indicators Research*, 76, 71-93. Doi: 10.1007/s11205-005-4857-4.
- Moyano, E. y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Revista Universum*, 22(2), 177-193.
- Muela, J. A., Torres, C. J. y Peláez, E. M. (2002). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*, 14(3), 558-563.
- Mueller, D. J. y Kim, K. (2004). The tenacious goal pursuit and flexible goal. Adjustment scales: Examination of their validity. *Educational and Psychological Measurement*, 64(1), 120-142. Doi: 10.1177/0013164403258456.
- National Alliance for Caregiving (NAC) & American Association of Retired Persons (AARP) (2004). *Caregiving in the U.S.* Bethesda, MD: National Alliance for Caregiving.
- Navarro, A. B. y Bueno, B. (2005). Efectos del sexo, el nivel educativo y el nivel económico en el afrontamiento de los problemas en personas muy mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40, 34-43. Doi: 10.1016/S0211-139X(05)74820-4.
- Navarro, A. B. y Bueno, B. (2015). Afrontamiento de problemas de salud en personas muy mayores. *Anales de Psicología*, 31(3), 1008-1017. Doi: 10.6018/analesps.31.3.172481.
- Navarro, E., Meléndez, J. C. y Tomás, J. M. (2007). *Influencia de la edad en el bienestar de las personas mayores*. Palma de Mallorca: Póster presentado en el 49 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Neugarten, B. L. (1973). Personality change in late life: A developmental perspective. En C. Eisendorfer y M. P. Lawton (eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 311-335). Washington, DC: American Psychological Association. Doi: 10.1037/10044-012.
- Newman, D. B., Tay, L. y Diener, E. (2013). Leisure and subjective well-being: A model of psychological mechanisms as mediating factors. *Journal of Happiness Studies*, 15, 555-579. Doi: 10.1007/s10902-013-9435-x.
- Ng, R., Monin, J. K., Allore, H. G. y Levy, B. R. (2016). Retirement as meaningful: Positive retirement stereotypes associated with longevity. *Journal of Social Issues*, 72(1), 69-85. Doi: 10.1111/josi.12156.
- Nilsson, I., Löfgren, B., Fisher, A. G. y Bernspang, B. (2006). Focus on leisure repertoire in the oldest old: The Umea 85+ Study. *The Journal of Applied Gerontology*, 25(5), 391-405. Doi: 10.1177/0733464806292861.
- Nimrod, G. (2007). Retirees' leisure: Activities, benefits, and their contribution to life satisfaction. *Leisure Studies*, 26(1), 65-80. Doi: 10.1080/02614360500333937.
- Nimrod, G. (2011). The impact of leisure activity and innovation on the well-being of the very old. En L. W. Poon y J. Cohen-Mansfield (eds.), *Understanding the well-being in the oldest-old* (pp. 240-257). Nueva York: Cambridge University Press. Doi: 10.1017/CBO9780511920974.015.
- Nimrod, G. y Shrira, A. (2014). The paradox of leisure in later life. *Journals of*

- Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. Doi: 10.1093/geronb/gbu143.
- Nina, C. y Franklin, M. S. (2009). Lifestyle and successful aging: An overview. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3(1), 6-11. Doi: 10.1177/1559827608326125.
- Nix, G. A., Ryan, R. M., Manly, J. B. y Deci, E. L. (1999). Revitalization through self-regulation: The effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35(3), 266-284. Doi: 10.1006/jesp.1999.1382.
- Noriega, J. A. V., Guedea, M. T. D., Álvarez, J. F. L., Albuquerque, F. J. B. y Reabra, M. (2007). Autoconcepto, locus de control y orientación al éxito: sus relaciones predictivas en adultos mayores del norte brasileño. *Psicología USP*, 18(1), 137-151.
- Nygren, B., Alex, L., Jonsen, E., Gustafson, Y., Norberg, A. y Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging and Mental Health*, 9(4), 354-362. Doi: 10.1080/1360500114415.
- Nygren, B., Norberg, A. y Lundman, B. (2007). Inner strength as disclosed in narratives of the oldest old. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1060-1073. Doi: 10.1177/1049732307306922.
- Okun, M. A. yeung, E. W. y Brown, S. (2013). Volunteering by older adults and risk of mortality: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 28(2), 564-577. Doi: 10.1037/a0031519.
- Oñate, M. P. (1995). Autoconcepto. En J. Beltrán y J. A. Bueno (eds.), *Psicología de la Educación* (pp. 212-226). Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria.
- Organización Mundial de la Salud (1990). *Healthy Aging*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué calidad de vida?* En Foro Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30(5), 583-595. Doi: 10.1093/geront/30.5.583.
- Pérez, L. (2006). *La estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer*. Madrid: IMSERSO.
- Philippe, F. L. y Vallerand, R. J. (2008). Actual environments do affect motivation and psychological adjustment: A test of self-determination theory in a natural setting. *Motivation and Emotion*, 32, 81-89. Doi: 10.1007/s11031-008-9087-z.
- Pinquart, M. (2002). Creating and maintaining purpose in life in old age: A meta-analysis. *Ageing International*, 27(2), 90-114. Doi: 10.1007/s12126-002-1004-2.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224. Doi: 10.1037/0882-7974.15.2.187.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *Psychological*

- Sciences and Social Sciences*, 58B, 112-128.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources and health: An updated meta-analysis. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61B(1), 33-45.
- Plataforma de Voluntariado de España (2015). *Hechos y cifras del voluntariado en España 2015*. Madrid: Creative Commons.
- Plaza, M., Requena, C., Rosario, I. y López, V. (2015). La relación entre el tiempo no estructurado, el ocio y las funciones cognitivas en personas mayores. *European Journal of Education and Psychology*, 8(2), 60-67. Doi: 10.1016/j.ejeps.2015.05.001.
- Polizzi, L. y Arias, C. J. (2014). Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. *Pensando Psicología*, 10(17), 61-70. Doi: 10.16925/pe.v10i17.784.
- Port, C., Zimmerman, S., Williams, C., Dobbs, D., Preisser, J. y Williams, S. (2005). Families filling the gap: Comparing family involvement for assisted living and nursing home residents. *Gerontologist*, 45(1), 87-95. Doi: 10.1093/geront/45.suppl_1.87.
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M. y Cartwright, F. (2010). A two-factor model of successful aging. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65, 671-679. Doi: 10.1093/geronb/gbq051.
- Purdie, N. y McCrindle, A. (2002). Self-regulation, self-efficacy and health behavior change in older adults. *Educational Gerontology*, 28(5), 379-400. Doi: 10.1080/03601270290081353.
- Quick, H. E. y Moen, P. (1998). Gender, employment and retirement quality: A life course approach to the differential experiences of men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 44-64. Doi: 10.1037/1076-8998.3.1.44.
- Ramírez, L. y Palacios-Espinosa, X. (2016). Stereotypes about old age, social support, aging anxiety, and evaluations of one's own health. *Journal of Social Issues*, 72(1), 47-68. Doi: 10.1111/josi.12155.
- Real, T. (2008). Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. *Informaciones Psiquiátricas*, 192, 163-178.
- Redhanz, K. y Maddison, D. (2003). Climate and Happiness. *Ecological Economics*, 52(1), 111-125.
- Reid, R. C., Stajduhar, K. I. y Chappell, N. L. (2010). The impact of work interferences on family caregiver outcomes. *Journal of Applied Gerontology*, 29(3), 267-289. Doi: 10.1177/0733464809339591.
- Reker, G. T. (1997). Personal meaning, optimism and choice: Existential predicts of depression in community and institutional elderly. *Gerontologist*, 37(6), 709-16. Doi: 10.1093/geront/37.6.709.
- Reker, G. T. y Prem, S. F. (2003). Factor structure and invariance of personal meaning measures in cohorts of younger and older adults. *Personality and Individual Differences*, 35(5), 977-993. Doi: 10.1016/S0191-8869(02) 00312-4.
- Riediger, M. (2008). Motivational systems and the pursuit of goals: Lessons learned from older adults. *The European Health Psychologist*, 10, 37-40.
- Riediger, M. (2008). Motivational systems and the pursuit of goals: Lessons learned

- from older adults. *The European Health Psychologist*, 10, 37-40.
- Riediger, M., Freund, A. M. y Baltes, P. B. (2005). Managing life through personal goals: Intergoal facilitation and intensity of goal pursuit in younger and older adulthood. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 60B(2), 84-91. Doi: 10.1093/geronb/60.2.P84.
- Robinson, J. G. y Molzahn, A. E. (2007). Sexuality and quality of life. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(3), 19-29.
- Robitschek, C. (1998). Personal growth initiative: The construct and its measure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30(4), 183-198.
- Robitschek, C. y Cook, S. W. (1999). The influence of personal growth initiative and coping styles on career exploration and vocational identity. *Journal of Vocational Behavior*, 54(1), 127-141. Doi: 10.1006/jvbe.1998.1650.
- Röcke, C., Li, S. y Smith, J. (2009). Intraindividual variability in positive and negative over during 45 days: Do older adults fluctuate less than young adults? *Psychology and Aging*, 24(4), 863-878. Doi: 10.1037/a0016276.
- Rodríguez-Carvajal, R., Díaz, D., Moreno-Jiménez, B., Blanco, A. y Van Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22(1), 63-70.
- Rogero, J. (2009). La distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 393-405.
- Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Colección de Estudios, Serie Dependencia Núm. 12011).
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Roig, M. V., Abengózar, M. C. y Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Revista de Psicología*, 21, 162-184.
- Rose, A. J. y Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: Potential tradeoffs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, 132, 98-131. Doi: 10.1037/0033-2909.132.1.98.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149. Doi: 10.1126/science.3299702.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440. Doi: 10.1093/geront/37.4.433.
- Rubio, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid: Portal Mayores. Disponible en envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.rtf.
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11(1), 23-28.
- Russell, B. (1958). *The conquest of happiness*. Nueva York: Liveright.
- Russo, J., Vitaliano, P. P., Brewer, D. D., Katon, W. y Becker, J. (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer disease and matched controls: A diathesis stress model of psychopathology. *Journal of*

- Abnormal Psychology*, 194(1), 197-204. Doi: 10.1037/0021-843X.104.1.197.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. Doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141.
- Ryan, R. M., Huta, V. y Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55. Doi: 10.1177/016502548901200102.
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. Doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069.
- Ryff, C. D. y Heidrich, S. M. (1997). Experience and well-being: Explorations on domains of life and how they matter. *International Journal of Behavioral Development*, 20(2), 193-206. Doi: 10.1080/016502597385289.
- Ryff C. D. y Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. Doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719.
- Ryff, C. D. y Singer, B. (2000). Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and Social Psychology Review*, 4(1), 30-44. Doi: 10.1207/S15327957PSPR0401_4.
- Ryff, C. D. y Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. Doi: 10.1007/s10902-006-9019-0.
- Sáez, N., Aleixandre, M., De Vicente, P., Meléndez, J. C. y Villanueva, I. (1993). Cambio y socialización en la tercera edad. *Investigaciones Psicológicas*, 12, 129-152.
- Sáez, N., Aleixandre, M. y Meléndez, J. C. (1994). Actividad y tiempo libre en tercera edad. *Revista de Psicología de la Educación*, 14, 5-24.
- San Martín, C. (2007). Espiritualidad en la tercera edad. *Psicodebate*, 8, 111-127.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C. y Vallejo-Medina, P. (2013). Predictors of sexual assertiveness: The role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 1043-1052. Doi: 10.1007/s10508-012-9998-3.
- Sanz de Acedo, M. L., Ugarte, M. D., Lumbreras, M. V. y Sanz de Acedo, M. T. (2006). Goals and personality in adolescents. *School Psychology International*, 27(3), 370-381. Doi: 10.1177/0143034306067292.
- Saup, W. (1987). Lack of autonomy in old age homes: A stress and coping study. *Journal of Housing for the Elderly*, 4(1), 21-36. Doi: 10.1300/J081V04N01_04.
- Savla, J., Almeida, D. M., Davey, A. y Zarit, S. H. (2008). Routine assistance to parents: Effects on daily mood and other stressors. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63B(3), 154-161.
- Savundranayagam, M. M., Montgomery, J. V., Kosloski, K. y Little, T. D. (2011). Impact of a psychoeducational program on three types of caregiver burden among spouses. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 388-396. Doi: 10.1002/gps.2538.

- Schalk, R., Van Veldhoven, M., De Lange, A., De Witte, H., Kraus, K., Stamov-Roßnagel, C. y Zacher, H. (2010). Moving European research on work and ageing forward: Overview and agenda. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19(1), 76-101. Doi: 10.1080/13594320802674629.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Scheier, M. y Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247. Doi: 10.1037/0278-6133.4.3.219.
- Schneller, D. P. y Vandsburger, E. (2008). Self-efficacious behaviors for reducing stress in older adulthood. *Ageing International*, 32(1), 78-91. Doi: 10.1007/s12126-008-9002-7.
- Schulz, R. y Heckhausen, J. (1996). A life-span model of successful aging. *American Psychologist*, 51(7), 702-714. Doi: 10.1037/0003-066X.51.7.702.
- Schulz, R., Mendelshon, A. B., Haley, W. E., Mahoney, D., Allen, R. S., Zhang, S. y Belle, S. H. (2003). End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *New England Journal of Medicine*, 349, 1936-1942.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 35, 771-791. Doi: 10.1093/geront/35.6.771.
- Schunk, D. H. (1990). Goal-setting and self-efficacy during self-regulated learning. *Educational Psychologist*, 25, 71-86. Doi: 10.1207/s15326985ep2501_6.
- Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behaviors. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 47-51. Doi: 10.1111/1467-8721.00112.
- Schwarzer, R. (2014). *Self-efficacy. Thought control of action*. Nueva York: Routledge.
- Schwarzer, R. y Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. En M. Zeidner y N. S. Endler (eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications* (pp. 107-132). Nueva York: Wiley.
- Seale, C. y Addington-Hall, J. (1994). Euthanasia: Why people want to die earlier. *Social Science and Medicine*, 39(5), 647-654. Doi: 10.1016/0277-9536(94)90021-3.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Seigman, M. E. P. (2011). *La vida que florece*. Barcelona: Ediciones B.
- Shanas, E. (1979). The family as a social support system in old age. *The Gerontologist*, 19(2), 169-174. Doi: 10.1093/geront/19.2.169.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J. y Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441. Doi: 10.2307/1170010.
- Sheldon, K. M. y Kasser, T. (2001). Getting older, getting better? Personal strivings and psychological maturity across the life span. *Developmental Psychology*, 37(4), 491-501. Doi: 10.1037/0012-1649.37.4.491.

- Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P., Moyano, N., Reina, M. y Sánchez-Fuentes, M. M. (2013). Funcionamiento sexual en personas mayores: influencia de la edad y de factores psicosexuales. *Revista Internacional de Andrología*. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-funcionamiento-sexual-personas-mayores-influencia-S1698031X13001337?redirectNew=true>.
- Silverstein, M., Chen, X. y Heller, K. (1996). Too much of a good thing? Intergenerational support and the psychological well-being of older parents. *National Council on Family Relations*, 58, 970-982. Doi: 10.2307/353984.
- Silverstein, M. y Parker, M. G. (2002). Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. *Research on Aging*, 24(5), 528-547. Doi: 10.1177/0164027502245003.
- Skinner, E. A. (1995). *Perceived control, motivation, and coping*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269. Doi: 10.1037/0033-2909.129.2.216.
- Solé, C., Triadó, C., Villar, F., Riera, M. y Chamarro, A. (2005). La educación en la vejez: razones para participar en programas educativos y beneficios que se extraen. *Revista de Ciencias de la Educación*, 203, 453-465.
- Somerfield, M. R. y McCrae, R. R. (2000). Stress and coping research. Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55(6), 620-625. Doi: 10.1037/0003-066X.55.6.620.
- Song, L.-Y., Biegel, D. E. y Milligan, S. E. (1997). Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of person with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 33, 269-286. Doi: 10.1023/A:1025090906696.
- Sowislo, J. F. y Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240. Doi: 10.1037/a0028931.
- Spector, I. P. y Femeth, S. M. (1996). Sexual behaviors and attitudes of geriatric residents in long-term care facilities. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 22(4), 235-246. Doi: 10.1080/00926239608404402.
- Stefani, D. (2004). Estrés y mecanismos de afrontamiento en la vejez: un análisis a partir del género. *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*, 20(3), 124-132.
- Steffen, A. M., McKibbin, C., Zeiss, A. M., Gallagher-Thompson, D. y Bandura, A. (2002). The revised scale for caregiving self-efficacy: Reliability and validity studies. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57B(1), 74-86.
- Stephan, Y., Fouquereau, E. y Fernandez, A. (2008). The relation between self-determination and retirement satisfaction among active retired individuals. *International Journal of Aging and Human Development*, 66(4), 329-345. Doi: 10.2190/AG.66.4.d.

- Stephens, M. A., Townsend, A. L., Martire, L. M. y Druley, J. A. (2001). Balancing parent care with other roles: Inter-role conflict of adult daughter caregivers. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B(1), 24-34.
- Stull, D. E., Cosbey, J., Bowman, K. y McNutt, W. (1997). Institutionalization: A continuation of family care. *Journal of Applied Gerontology*, 16, 379-402. Doi: 10.1177/073346489701600401.
- Subirats, J. (2011). El reto de la nueva ciudadanía. Nuevos relatos y nuevas políticas para distintas personas mayores. En *Libro Blanco del Envejecimiento Activo* (pp. 85-102). Madrid: IMSERSO.
- Tanriverdi, D. y Ekinici, M. (2012). The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 281-288. Doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02033.x.
- Telfer, E. (1980). *Happiness*. Nueva York: St. Martin's Press.
- Toepoel, V. (2013). Aging, leisure, and social connectedness: How could leisure help reduce social isolation of older people? *Social Indicators Research*, 113(1), 355-372. Doi: 10.1007/s11205-012-0097-6.
- Tolsdorf, C. C. (1976). Social networks, support, and coping: An exploratory study. *Family Process*, 15(4), 407-417. Doi: 10.1111/j.1545-5300.1976.00407.x.
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., Oliver, A., Navarro, E. y Zaragoza, G. (2010). Efectos de método en las escalas de Ryff: un estudio en población de personas mayores. *Psicológica*, 31, 383-400.
- Tomás, J. M., Sancho, P., Meléndez, J. C. y Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modelling approach. *Aging & Mental Health*, 16(3), 317-326. Doi: 10.1080.13607863.2011.615737.
- Tornatore, J. B. y Grant, L. A. (2004). Family caregiver satisfaction with the nursing home after placement of a relative with dementia. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59B(2), 80-88.
- Tornstam, L. (2003). *Gerotranscendence from young old age to old old age*. Recuperado de http://www.soc.uu.se/digitalAssets/235/235770_3gt-from-young-old-age.pdf.
- Triadó, C. (2001). Cambio evolutivo, contextos e intervención psicoeducativa en la vejez. *Contextos Educativos*, 4, 119-133.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C. y Osuna, M. J. (2005). La medida del bienestar en personas mayores: adaptación de la escala de Ryff. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(3), 347-363.
- Trouillet, R., Gana, K., Lourel, M. y Fort, I. (2009). Predictive value of age for coping: The role of self-efficacy, social support satisfaction and perceived stress. *Aging & Mental Health*, 13(3), 357-366. Doi: 10.1080/13607860802626223.
- Valle, J. E. (2014). Educación permanente: los programas universitarios para mayores en España como respuesta a una nueva realidad social. *Revista de la Educación Superior*, 171, 117-138.
- Van der Meer, M. J. (2008). Sociospatial diversity in the leisure activities of older

- people in the Netherlands. *Journal of Aging Studies*, 22, 1-12. Doi: 10.1016/j.jaging.2007.02.001.
- Van Hoorn, A. (2007). *A short introduction to subjective well-being: Its measurement, correlates and policy uses*. Roma: Trabajo presentado en la International Conference: Is happy measurable and what do those measures mean for policy?
- Van Solinge, H. (2007). Health change in retirement. A longitudinal study among older workers in the Netherlands. *Research on Aging*, 29(3), 225-256. Doi: 10.1177/0164027506298223.
- Vázquez-Martínez, A. (2014). *Salud del cuidador familiar de personas en situación de dependencia: Modelo explicativo*. Tesis doctoral. Valencia: Universitat de Valencia. Disponible en <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/36777/TESISFINALANDREAVAZQUsequence=1>.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Vega, J. L., Buz, J. y Bueno, B. (2002). Niveles de actividad y participación social en las personas mayores de 60 años. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 45, 33-53.
- Vega, J. L., Mayoral, P., Buz, J. y Bueno, B. (2004). Dominios globales y específicos del bienestar de las personas muy mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(3), 23-30.
- Vera, J. A. y Sotelo, T. I. (2004). Bienestar y redes de apoyo social en población de la tercera edad. *La Psicología Social en México*, 10, 95-102.
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A. y Bond, J. (2005). The prevalence of, and risks factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Aging and Society*, 25, 357-375. Doi: 10.1017/S0144686X04 003332.
- Villar, F. (1997). Estrategias para afrontar el envejecimiento y diferencias asociadas a la edad: una aproximación a través del análisis de contenido. *Anuario de Psicología*, 73, 57-69.
- Villar, F. (2012). Successful ageing and development. The contribution of generativity in older age. *Ageing & Society*, 32, 1087-1105. Doi: 10.1017/S0144686X11000973.
- Villar, F., López, O. y Celdrán, M. (2013). La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿Quién más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de Psicología*, 29(3), 897-906. Doi: 10.6018/analesps.29.3.145171.
- Vitaliano, P. P., Young, H. M. y Zhang, J. (2004). Is caregiving a risk factor for illness? *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 13-16. Doi: 10.1111/j.0963-7214.2004.01301004.x.
- Von Bonsdorff, M. B. y Rantanen, T. (2011). Benefits of formal voluntary work among older people. A review. *Aging Clinical and Experimental Research*, 23(3), 162-169. Doi: 10.1007/BF03337746.
- Wagner, J., Gerstorff, D., Hoppman, C. y Luszcz, M. (2013). The nature and correlates of self-esteem trajectories in late life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 105(1), 139-153. Doi: 10.1037/a0032279.

- Wagner, J., Lang, F. R., Meyer, F. J. y Wagner, G. G. (2014). Self-esteem across adulthood: The role of resources. *European Journal of Ageing*, 11(2), 109-119. Doi: 10.1007/s10433-013-0299-z.
- Wallace, S., Williams, C. S., Zimmerman, S., Munn, J., Dobbs, D. y Sloane, P. D. (2008). Emotional and physical health of informal caregivers of residents at the end of life: The role of social support. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63B(3), 171-183. Doi: 10.1093/geronb/63.3.S171.
- Ward, D. D., Summers, M. J., Saunders, N. L. y Vickers, J. C. (2014). Modeling cognitive reserve in healthy middle-aged and older adults: The Tasmanian Healthy Brain Project. *International Psychogeriatrics*, 27(04), 579-589.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691. Doi: 10.1037/0022-3514.64.4.678.
- Waterman, A. S., Schwartz, S. J. y Conti, R. (2008). The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 41-79. Doi: 10.1007/s10902-006-9020-7.
- Weeks, J. R. y Cuellar, J. B. (1981). The role of family members in the helping networks of older people. *The Gerontologist*, 21(4), 388-394. Doi: 10.1093/geront/21.4.388.
- Wehmeyer, M. (1998). Self-determination and individuals with significant disabilities: Examining meanings and misinterpretations. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 23(1), 5-16. Doi: 10.2511/rpsd.23.1.5.
- Wehmeyer, M. (2006). Factores intraindividuales y medioambientales que afectan a la autodeterminación. *Siglo Cero*, 37(220), 47-56.
- Wehmeyer, M. L., Peralta, F., Zulueta, A., González-Torres, M. C. y Sobrino, A. (2006). Autodeterminación: fundamentación teórica. En M. L. Wehmeyer, F. Peralta, A. Zulueta, M. C. González-Torres y A. Sobrino, *Escala de autodeterminación personal* (pp. 17-43). Madrid: CEPE.
- Whitbourne, S. B., Neupert, S. D. y Lachman, M. E. (2008). Daily physical activity: Relation to everyday memory in adulthood. *The Journal of Applied Gerontology*, 27(3), 331-349. Doi: 10.1177/0733464807312175.
- Wilks, S. y Vonk, M. (2008). Private prayer among Alzheimer's caregivers: Mediating burden and resiliency. *Journal of Gerontological Social Work*, 50, 113-131. Doi: 10.1300/J083v50n3_09.
- Williams, S. W., Williams, C. S., Zimmerman, S., Munn, J., Dobbs, D. y Sloane, P. D. (2008). Emotional and physical health of informal caregivers of residents at the end of life: The role of social support. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(3), S171-S183.
- Wilson, J. y Musick, M. (1997). Who cares? Toward an integrated theory of volunteer work. *American Sociological Review*, 62(5), 694-713. Doi: 10.2307/2657355.
- Wright, K. B., King, S. y Rosenberg, J. (2014). Functions of social support and self-verification in association with loneliness, depression, and stress. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 19(1), 82-99. Doi:

- 10.1080/10810730.2013.798385.
- Wrosch, C., Dunne, E., Scheier, M. F. y Schulz, R. (2006). Self-regulation of common age-related challenges: Benefits for older adult's psychological and physical health. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3), 299-306. Doi: 10.1007/s10865-006-9051-x.
- Wrosch, C. y Heckhausen, J. (1999). Control processes before and after passing a developmental deadline: activation and deactivation of intimate relationship goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(2), 415-427. Doi: 10.1037/0022-3514.77.2.415.
- Wrosch, C., Miller, G. E., Scheier, M. F. y Brun de Pontet, S. (2007). Giving up on unattainable goals: benefits for health? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(2), 251-265. Doi: 10.1177/0146167206294905.
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Miller, G. E., Schulz, R. y Carver, C. S. (2003). Adaptive self-regulation of unattainable goals: Goals disengagement, goal reengagement and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(12), 1494-1508. Doi: 10.1177/0146167203256921.
- Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J. y Neyer, F. J. (2012). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* (Advance online publication). Doi: 10.1037/a0028601.
- Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO.
- Yates, M. E., Tennstedt, S. y Chang, B. (1999). Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54B(1), 12-22.
- Yoon, G. (2008). Psychosocial factors of successful ageing. *Australasian Journal on Ageing*, 15(2), 69-72. Doi: 10.1111/j.1741-6612.1996.tb00206.x.
- Young, Y., Frick, K. D. y Phelan, E. A. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 87-92. Doi: 10.1016/j.jamda.2008.11.003.
- Zambrano, R. y Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 26-39.
- Zanetti, O., Frisoni, G. B., Bianchetti, A., Tamanza, G., Cigoli, V. y Trabucchi, M. (1997). Depressive symptoms of Alzheimer caregivers are mainly due to personal rather than patient factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 358-367. Doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199806)13:6<358::AID-GPS772>3.0.CO;2-J.
- Zarit, S. H., Femia, E. E., Kim, K. y Whitlatch, C. J. (2010). The structure of risk factors and outcomes for family caregivers: Implications for assessment and treatment. *Aging and Mental Health*, 14, 220-231. Doi: 10.1080/13607860903167861.
- Zarit, S. H. y Whitlatch, C. J. (1992). Institutional placement: Phases of the transition. *Gerontologist*, 32, 665-672. Doi: 10.1093/geront/32.5.665.
- Zeidner, M. (1994). Personal and contextual determinants of coping and anxiety in an evaluative situation: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 16(6), 899-918. Doi: 10.1016/0191-8869(94)90234-8.

Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164. Doi: 10.1007/s10879-010-9167-8.

Director: Francisco J. Labrador

Edición en formato digital: 2016

© Carlos Freire Rodríguez y María del Mar Ferradás Canedo

© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), 2016

Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15

28027 Madrid

piramide@anaya.es

ISBN ebook: 978-84-368-3625-7

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.

Conversión a formato digital: calmagráfica

Los enlaces web incluidos en esta obra se encuentran activos en el momento de su publicación.

www.edicionespiramide.es

Índice

Prólogo	5
1. Aproximación a los conceptos de calidad de vida y bienestar	8
1.1. Introducción	8
1.2. Calidad de vida	9
1.2.1. Delimitación conceptual de la calidad de vida	10
1.2.2. Dimensiones de la calidad de vida	11
1.3. Bienestar	13
1.3.1. Bienestar subjetivo	14
1.3.2. Bienestar psicológico	20
2. El bienestar psicológico en la vejez: la promoción del envejecimiento exitoso	26
2.1. Introducción	26
2.2. El afrontamiento de sucesos críticos en la vejez	27
2.2.1. Clasificación del afrontamiento. las estrategias de afrontamiento	28
2.2.2. Estrategias de afrontamiento en las personas mayores	31
2.3. Envejecimiento exitoso	33
2.3.1. El modelo de optimización selectiva con compensación	34
2.4. Autorregulación y envejecimiento exitoso	37
2.4.1. Autorregulación emocional y bienestar psicológico en la vejez	38
3. Autoaceptación, autonomía y dominio del entorno en la vejez	40
3.1. La dimensión de autoaceptación	40
3.1.1. Autoconcepto y autoestima	41
3.2. La autoaceptación en las personas mayores	43
3.3. La dimensión de autonomía	46
3.4. La autonomía en las personas mayores	49
3.5. La dimensión de dominio del entorno	52
3.6. El dominio del entorno en las personas mayores	55
4. Relaciones positivas y propósitos vitales en las personas mayores	58
4.1. La dimensión de relaciones positivas con otras personas	58
4.1.1. Formas de relación social: las redes sociales	59
4.1.2. El apoyo social	59
4.1.3. El sentimiento de soledad	60
4.2. Las relaciones sociales en la vejez	61
4.2.1. La red social de las personas mayores	63

4.3. La dimensión de propósito en la vida	66
4.3.1. Factores que favorecen el desarrollo del propósito en la vida	67
4.4. El propósito en la vida en la vejez	69
4.4.1. Las metas personales en las personas mayores	69
4.4.2. La asignación de un propósito a la propia vida	72
5. La vejez como período de crecimiento personal	76
5.1. La dimensión de crecimiento personal	76
5.2. El significado de la jubilación para las personas mayores	77
5.3. La adaptación exitosa a la jubilación	80
5.3.1. El ocio y el tiempo libre como oportunidades para el crecimiento personal	83
5.3.2. La participación social de las personas mayores	87
5.4. La sexualidad en la vejez	93
6. El bienestar psicológico de los cuidadores informales de personas mayores	95
6.1. Introducción	95
6.2. Caracterización del cuidador informal de personas mayores dependientes	96
6.3. Repercusiones del cuidado: consecuencias físicas, emocionales y sociales	98
6.4. El cuidado como situación de estrés crónico	100
6.4.1. Antecedentes y variables contextuales del cuidador	101
6.4.2. Estresores del cuidado	104
6.4.3. Variables mediadoras en el proceso de estrés	107
6.5. El bienestar del cuidador informal tras la institucionalización	113
6.6. Intervenciones para la mejora del bienestar del cuidador	115
Referencias bibliográficas	118
Créditos	147