56 ¹José Antonio Iglesias Guerra

²Carmen Bárcena Calvo

³Ma. José Del Valle Antolín

⁴Víctor Abella

⁵Isabel Galán Andrés

¹Diplomado en Enfermería. Licenciado en Ciencias de la Educación. Doctor en Educación. Máster en Gerontología. Profesor asociado de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de León. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Servicio Territorial de Sanidad. Sección de Promoción de la Salud. Palencia.

²Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología. Doctora en Educación. Profesora Titular de Ciencia Psicosociales y Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de León.

³Diplomada en Enfermería. Máster en Prevención de Riesgos Laborales. Profesora Educación de Adultos. Palencia.

⁴Licenciado en Psicopedagogía. Doctor en Educación. Profesor Asociado Educación. Universidad de Burgos.

⁵Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología. Profesora Asociada Escuela Ciencias de la Salud. Ponferrada. León. Subinspectora. Gerencia de Área de Soria. Sacyl.

Correspondencia:

José Antonio Iglesias Guerra

Derechos Humanos 10, 3º F. 34003-Palencia

Tfno.: 97 917 07 12/676 672 086

Email: jaigmj@hotmail.com/jaiglg@unileon.es.

Premisas para la elaboración
de una herramienta para valorar
la calidad de vida en las personas
mayores

9

*Prerequisites for the development
of a tool to assess the quality
of life in the elderly*

RESUMEN

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto y la preocupación por su evaluación sistemática y científica es relativamente reciente. La idea, que comienza a popularizarse en la década de los años 60 del siglo XX, se ha convertido hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como la salud, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. Pero aún existe una falta de consenso sobre la definición del *constructo*. La calidad de vida tiene una dimensión objetiva y otra subjetiva. Ésta última está estrechamente vinculada a la satisfacción con la vida experimentada por las personas mayores tanto desde un punto de vista sincrónico como diacrónico, y tiene carácter multidimensional, complejidad y coyunturalidad. Las principales dificultades para la construcción de instrumentos que valoren la calidad de vida de las personas mayores se presentan desde las vías conceptual, metodológica e instrumental. No obstante, el término calidad de vida debe empar las intervenciones sobre estos grupos de edad, por lo que ofrecemos algunas recomendaciones para su elaboración.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores, calidad de vida, envejecimiento satisfactorio, valoración.

SUMMARY

Interest in quality of life has existed since time immemorial, however, the emergence of the concept as such, and concern for the systematic and scientific evaluation of it is relatively recent. The idea, which begins to become popular in the 60s, has now become a concept used in very diverse areas such as health, education, economics, politics and the world of services in general. But in the twenty-first century, there remains a lack of consensus on the definition of the concept. The quality of life has an objective and a subjective dimension. The latter is closely linked to life satisfaction experienced by the elderly both from a synchronic point of view as diachronic, and is considered multidimensional, complex and situational. The main difficulties for the construction of instruments to assess quality of life of older people from the street presents conceptual, methodological and instrumental. However, the term quality of life interventions should soak these age groups, so we offer some recommendations for its development.

KEY WORDS

Elderly, quality of life, successful aging, valuation.

A MODO DE INTRODUCCIÓN. UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL TÉRMINO “CALIDAD DE VIDA”

En un primer momento, la expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medioambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los años 50 y a comienzos de los 60 del siglo pasado, la preocupación por las consecuencias de la industrialización catalizan el interés por conocer los factores implicados en el bienestar humano, y hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos. Desde las Ciencias Sociales se inicia entonces el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticas que permiten medir hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución, siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para contemplar después elementos subjetivos.

Este segundo momento se inicia con el desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los años 70 y comienzos de los 80 del siglo pasado, que provocará el proceso de diferenciación entre éstos y el *constructo* “calidad de vida”. La expresión comienza a definirse como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida, de carácter multidimensional, haciendo referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE. UU., *Social Indicators Research*, en 1974 y en *Sociological Abstracts* en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 del siglo XX en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término.

Transcurridos 30 años desde entonces, aún existe una falta de consenso sobre la definición del *constructo*. Existen debates sobre la definición de calidad de vida, con dos grandes polémicas (1). Por un lado, los que postulan que la calidad de vida se refiere exclusivamente a la percepción subjetiva que los individuos tienen sobre ciertas condiciones, frente a los que consideran que ha de comprender tanto condiciones subjetivas como objetivas o, de otra forma, la aproximación que lo concibe como una entidad unitaria y la que lo considera un *constructo* compuesto por una serie de dimensiones, y que constituye la base sobre la que se trabaja en la actualidad.

De este modo, en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, representadas por las que enfatizan las condiciones de vida de una persona, la satisfacción experimentada por el sujeto y la combinación de ambas, añadieron una cuarta, remarcando la importancia de las expectativas según la escala de valores de cada persona (Fig. 1).

Por lo tanto, la calidad de vida se entiende, por una parte, como la sensación o percepción que cada individuo tiene del grado de satisfacción que le proporciona su vida en relación a su entorno cultural, a sus valores, a sus de-

Fig. 1. Concepto de calidad de vida. Dimensiones.

seos y a sus preferencias, y por otra, el análisis de un conjunto de factores externos y objetivos que, desde el respeto a la coyunturalidad, condicionan de forma positiva o negativa su existencia.

CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES

Si la confusión en la literatura científica a la hora de utilizar términos como satisfacción vital y calidad de vida es patente cuando nos referimos a la población general, más lo es aún cuando se circunscribe al ámbito de las personas mayores. Las aportaciones han sido muchas, pero poco han contribuido a esclarecer esta cuestión. Se sigue discutiendo si la calidad de vida ha de referirse a un concepto idiográfico, en el sentido de que es el sujeto quien ha de establecer cuál/es son los “ingredientes” que intervienen en “su” calidad de su vida o, más bien, si puede establecerse una calidad de vida “general” para todos los sujetos como concepto nomotético.

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían, entre otros factores, en función de la etapa evolutiva. La vejez supone uno de los contextos en los que más importancia se está dando a la calidad de vida. Ocuparse y preocuparse por una vida de calidad está pasando a ser en la actualidad la meta gerontológica más perseguida y valorada. Siguiendo a Reig, “vivir más y mejor han pasado a ser las metas básicas de las políticas sociales y sanitarias de la gran mayoría de los países” (2). Vivir más tiempo exige de las políticas sociosanitarias intervenciones dirigidas a fomentar en la población estilos de vida saludables que retrasen todo lo posible la aparición de problemas. En este ámbito, los estudios han prestado especial atención a la influencia que tienen sobre la calidad de vida las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física y los servicios que reciben las personas mayores.

En el campo de la psicología del envejecimiento, el estudio de la satisfacción vital es una de las áreas que ha recibido mayor atención (3). La satisfacción vital se refiere a una evaluación global sobre la propia vida a partir de comparaciones de las propias circunstancias con las de los otros o con el nivel de consecución de aspiraciones y logros (4). Sin embargo, el gran número de trabajos realizados sobre el bienestar psicológico no ha llevado consigo la clarificación de este aspecto, así como tampoco a un acuerdo en cuanto a su evaluación (5). Esto se debe, en gran medida, a la confusión existente en torno al significado de dimensiones normalmente asociadas al bienestar

58 psicológico, como “estado de ánimo”, “felicidad”, “satisfacción con la vida”, etc., así como a la falta de clarificación de las relaciones entre estas dimensiones, y de éstas con el concepto global de bienestar.

HACIA UN ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO

La idea de envejecimiento satisfactorio no es un concepto que aparezca unido a ninguna teoría, sino que surge originalmente formulado por la escuela de Chicago, entre los que se encuentran Havighurst y Tobin, siendo Baltes y Baltes (6) el que ha popularizado su uso. Nos hacemos eco, con Aranguren (7), de que la vejez debe ser un período más del desarrollo, al que llegamos y en el que estamos; no sintiéndonos viejos sino sabiéndonos viejos. Debemos partir de la premisa de que envejecer satisfactoriamente depende, fundamentalmente, de la personalidad individual y de las circunstancias específicas de cada individuo, por lo que cuando hablamos de envejecimiento satisfactorio, podemos no estar refiriéndonos a lo mismo. En efecto, nos encontramos con varias formas de entender el concepto de envejecimiento satisfactorio (8): en primer lugar, como una forma de vivir la vejez que es considerada socialmente aceptable, siendo la sociedad, por lo tanto, la que determina lo que es mejor para los mayores; en segundo lugar, una vejez es satisfactoria en la medida en que se mantienen las actividades que se han desarrollado durante la edad madura; y en tercer lugar, se entendería como la percepción de satisfacción que se tiene respecto a sus actividades y estatus actuales respecto a su vida pasada.

Dentro de un enfoque positivo, podemos encontrar a autores como Havighurst al hablar del proceso de “desvinculación-vinculación selectiva” (9), por el que las personas se desvinculan no de todas las actividades o tareas, sino sólo de aquellas que no responden a sus necesidades e intereses, y que son diferentes en cada caso particular. Se representa así un progresivo alejamiento y descenso de actividad equivalente a la disminución de las capacidades y de la salud, con el fin de mantenerse en equilibrio. En tal medida podemos aceptar que el envejecimiento no debe ser entendido como una tendencia a la inactividad, lo que verdaderamente constituiría un factor de riesgo, sino como un proceso de búsqueda de homeostasis, como en el resto de grupos de edad.

En esta línea, la denominada “teoría de la actividad” postula que cuanto más actividad realice una persona mayor, se enfrentará a la vejez de una forma más satisfactoria y feliz. Dentro del elenco de actividades posibles, la actividad física y mental pueden considerarse como los mejores predictores de una vejez de éxito.

Por otra parte, la “teoría de la continuidad” defiende que las elecciones de las personas mayores intentan mantener tanto las estructuras internas como las externas, en función de elecciones que vienen determinadas por las experiencias anteriores y la configuración de hábitos, preferencias, actitudes, etc. El envejecimiento no es, por tanto, el que viene a plantear problemas de ajuste, sino el estilo de vida previo que se haya desarrollado. La continuidad

vendría a representar una estrategia de carácter adaptativo que debe ser promovida y planificada por el sujeto y por la propia sociedad. 11

Baltes y Baltes (6) proponen un modelo de envejecimiento con éxito que descansa en una perspectiva comportamental a través de los mecanismos de selección, optimización y compensación. Por selección se entiende el proceso de especialización que se da en diferentes áreas de funcionamiento de un individuo y que le permite desarrollarse diferencialmente a lo largo de la vida. Implica restricción, ya que cuando se envejece se limitan estas áreas de funcionamiento, pero también significa adaptación, ya que al reducirse se hace más fácil el manejo de las áreas seleccionadas. La optimización, por su parte, refleja la idea de que los individuos se regulan para funcionar en niveles elevados, eficaces y deseables de ejecución. Es decir, que el individuo se mueve en la dirección de procurar el mejor funcionamiento posible en un número concreto de áreas de la vida. Por último, la compensación hace referencia al proceso que se activa cuando las habilidades de una persona se deterioran como consecuencia de la edad o bien cuando las demandas del contexto aumentan de modo que no es posible alcanzar el estándar de ejecución requerido. La compensación, por ejemplo, implica utilizar elementos conductuales (ayudas externas de memoria), cognitivos (reglas mnemotécnicas) o tecnológicas (ayudas protésicas). La compensación es un proceso natural que es empleado habitualmente por todas las personas en el transcurso de su vida y que, en la vejez, se encuentra especialmente desarrollado debido a la ventaja que supone la acumulación de experiencias y conocimientos (5).

En esta línea, hay diferentes estudios que avalan la teoría de que el comportamiento es la clave para el envejecimiento de calidad: el estado de salud declarado se relaciona con la morbilidad y con la mortalidad (10), las personas felices viven más tiempo que las personas infelices y refieren un mejor estado de salud (11). Por lo tanto, la satisfacción y la felicidad afectan a la salud objetiva y subjetivamente, siendo uno de los predictores más potentes de la calidad de vida en las personas mayores.

Por lo tanto, aunque diferentes estudios e investigaciones determinan las dificultades de identificar indicadores de una vejez satisfactoria, podemos observar coincidencias entre los planteamientos de las teorías psicológicas de personalidad y los planteamientos y perspectivas sociales del envejecimiento satisfactorio. Se aprecia una coincidencia en las cuestiones básicas: existencia saludable, posibilidades económicas suficientes, relaciones sociales y afectivas, formación e información, todo ello en la búsqueda del significado de la propia existencia que permita generar sentimientos y actitudes positivas.

La idea de “vejez de éxito” se centra en conocer cuáles son los límites del funcionamiento en la edad avanzada y las condiciones que permiten un mantenimiento del funcionamiento en esa edad, y que se basa en dos conceptos importantes: la variabilidad interindividual (que recoge la

12 amplia diversidad que existe entre las personas mayores) y la plasticidad intraindividual (que asume la capacidad de aprendizaje de las personas mayores). El concepto de envejecimiento satisfactorio se encuentra ligado a la adaptación y ajuste personal a los acontecimientos que le toca vivir al individuo.

No obstante, este asunto no está cerrado aún. En los últimos años se han abierto nuevas vías de investigación en la búsqueda de aquellos factores de adaptación o ajuste al envejecimiento que determinen el envejecimiento satisfactorio, desde el convencimiento de que las teorías actuales no pueden explicar suficientemente el ajuste satisfactorio a la vejez. La finalidad última viene determinada por la mejora de la calidad de vida de las personas mayores contemplando la medida del bienestar subjetivo y sus componentes como un complemento adecuado que ha de integrarse en su valoración.

LA VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES

Los aspectos destacados en el epígrafe anterior han de ser tenidos en cuenta a la hora de elaborar un instrumento para acercarnos a valorar la calidad de vida de las personas mayores, de forma que remarque su subjetividad, multidimensionalidad, complejidad y coyunturalidad (Fig. 2), sin olvidar los componentes que subyacen en la dimensión objetiva del *constructo*.

El primer rasgo de la calidad de vida, a tenor de nuestros planteamientos, es su carácter subjetivo. Como ejemplo, parece difícilmente comprensible que personas con graves limitaciones o discapacitadas declaren sentirse satisfechas; del mismo modo que personas sin esas limitaciones y con recursos socioeconómicos suficientes, no sean tan felices como cabría esperar.

De lo anterior se infiere que la evaluación de este carácter de la calidad de vida requiere de especial cuidado en lo metodológico. Objetivar la satisfacción de un estado vivencial interior supone transformar una sensación en una percepción y manifestarlo mediante una expresión concreta. La experiencia enseña que hay personas naturalmente predispuestas a encontrar dificultades y problemas y otras para quienes la vida parece fluir con mayor facilidad.

Por otra parte, la calidad de la vida es un atributo que se extiende a muchos dominios de la experiencia, es multidimensional. La salud corporal, la salud psicológica, el

ambiente externo, la satisfacción de la necesidad, las relaciones interpersonales son aspectos que, aunque no siempre pueden disociarse, es conveniente tratar analíticamente como diversos. En relación con el ciclo vital y el envejecimiento, hay que hacer notar que algunas dimensiones o aspectos de la vida cobran comparativamente más importancia en ciertas etapas de la vida.

Respecto al atributo de complejidad debe entenderse, en el contexto de los estudios sobre calidad de vida, indicando que no todas las fuentes de satisfacción son iguales en su capacidad de satisfacer. Por ejemplo, es adecuado un cierto grado de tensión y demanda pero, superado un cierto nivel, se vuelve negativo. Tener dinero puede considerarse universalmente valioso, pero siempre habrá personas y grupos que no tengan exactamente la misma estimación del dinero como fuente de satisfacción. Eso produce una constelación de preferencias y valoraciones que decididamente reafirman el carácter personal de la calidad de la vida, fuertemente influida por las valoraciones grupales, pudiendo hablar de la influencia del “efecto de cohorte”.

Por último, la variabilidad hace referencia al carácter dinámico del *constructo* calidad de vida; es otra de las cuestiones que debemos tener en cuenta al analizarlo. La comparación a lo largo de la vida exige un especial cuidado. El ejemplo más sencillo es advertir que las fuentes de satisfacción pueden ser las mismas en la niñez y en la vejez, por ejemplo comer, pero la intensidad con que se los aprecia difiere notablemente. También es evidente que los umbrales críticos para que un placer sea considerado tal difieren a lo largo del ciclo vital y las transiciones se caracterizan, en más de un sentido, por la variabilidad en las fuentes de satisfacción. Este atributo tiene como consecuencia la obligatoriedad de trabajar este *constructo* de forma contextualizada según el ciclo vital, el entorno, la experiencia de vida, etc., es intraexperiencial, lo que hace inapropiadas las inferencias y comparaciones sin controlar estos factores.

En esta revisión nos interesa especialmente la calidad de vida como autosatisfacción de la persona según sus condiciones, incluyendo la satisfacción por su salud y seguridad, por sus competencias personales, por su autonomía y capacidad de tomar decisiones, por su bienestar emocional y por los servicios recibidos por parte de los recursos comunitarios garantizados por derechos.

Sin embargo, hay razones para dudar de que los indicadores basados en técnicas cualitativas como las entrevistas, cuestionarios o escalas puedan eliminar la necesidad de medidas “objetivas” basadas en la observación, ya que presuponen que las personas son conscientes y capaces de articular matices de sentimientos, que se solapan sentimientos transitorios con condiciones permanentes, que los sentimientos son equivalentes a valoraciones, que la satisfacción o la felicidad o cual-

59

Fig. 2. Atributos de la dimensión subjetiva en la calidad de vida en las personas mayores

60 quier otro sentimiento son producto de la evaluación de las condiciones y que los sentimientos pueden ser cuantificados en escalas absolutas. Además, está el problema de que existe una notoria diferencia entre lo que las personas dicen y lo que las personas hacen o sienten. Las personas no podemos observar directamente nuestra propia felicidad o satisfacción. El proceso a través del cual inferimos o intuimos nuestros estados permanece oculto al entrevistador, aunque las herramientas para medir la fiabilidad y validez de este tipo de herramientas es cada vez más potente.

Los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos. Por una parte, los enfoques cuantitativos cuyo propósito es operacionalizar la calidad de vida a través de indicadores socioeconómicos entendidos como condiciones externas relacionadas con el entorno, indicadores psicológicos que tratan de medir las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales; e indicadores ecológicos que miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente. Por otro lado, los enfoques cualitativos adoptan una postura de escucha activa a la persona que relata sus experiencias, desafíos y problemas, o cómo se vivencian sus estrategias de afrontamiento. Éstas son las cuestiones pendientes de ajustar a la hora de valorar la calidad de vida en personas mayores.

Complica la elaboración de un instrumento apropiado para evaluar este aspecto la relativa insuficiencia de los datos disponibles para estudiar “afectos positivos”, influidos por la tradicional visión de los aspectos negativos del binomio salud-enfermedad. Existen más escalas y procedimientos para evaluar la depresión, la angustia y la hostilidad o la ideación suicida que las disponibles para estados de satisfacción. Con todo ello, las principales dificultades para la construcción de instrumentos que valoren la calidad de vida derivan de tres fuentes:

a) Conceptual, debido a no estar clarificado el concepto por su naturaleza compleja y por la confusión con otras acepciones: bienestar, felicidad, nivel de vida, satisfacción.

b) Metodológica, derivada de la naturaleza objetiva y subjetiva y de la necesidad de obtener una medida global de las dimensiones relevantes cuando éstas aún no están claras.

c) Instrumental, por la falta de fiabilidad y validez.

No obstante, estas dificultades no pueden minar el esfuerzo por seguir trabajando en la elaboración de instrumentos que permitan la valoración de la calidad de vida en personas mayores, para lo que podrían tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Capacidad para discriminar tres componentes de la calidad de vida: bienestar/satisfacción subjetivos, desempeño de los roles sociales y condiciones de vida.

- Debe valorar diferentes ámbitos vitales, es decir, ser multiárea.

- La inclusión de aspectos psicopatológicos debe ser explícita.

- Cuando sea posible, deben realizarse al menos tres valoraciones, una a cargo del paciente, otra a cargo de un familiar y otra por parte de un profesional sociosanitario.

- La valoración de los cambios en la calidad de vida debe tener en cuenta los distintos ritmos de cambio que son inherentes a los distintos componentes (bienestar, satisfacción, estado funcional, factores contextuales, etc.), que tengan en cuenta la seguridad, la preocupación por la dependencia, el desarraigo familiar, la autoestima, el afecto, el papel en la toma de decisiones y la posición social, las cuestiones materiales y los dilemas morales implicados en decisiones trascendentes, como el traslado a centros residenciales o el testamento vital.

- El grado en que la calidad de vida está alterada ha de describirse en términos de “intensidad” y “extensión”. La intensidad hace referencia al nivel de deterioro en un momento dado (descrita de forma numérica o mediante adverbios), mientras que la extensión se refiere al grado en que la incapacidad penetra o afecta en la vida diaria de la persona mayor en un intervalo temporal determinado (frecuencia y duración de estados, número y frecuencia de circunstancias desencadenantes).

CONCLUSIONES

Al tratar de elaborar un instrumento para valorar la calidad de vida en personas mayores, con frecuencia distintos términos se usan indistintamente como si de sinónimos se tratara, lo que no produce más que confusión terminológica que dificulta la elaboración de un instrumento. La calidad de vida es un macroconcepto multidimensional con componentes objetivos y subjetivos. Desde la dimensión subjetiva, las personas mayores afrontan razonablemente bien el envejecimiento y la vejez. Aunque conscientes de los cambios negativos en el desarrollo personal, los mayores continúan siendo eficaces en el mantenimiento de una sensación de control y de una visión positiva tanto del autoconcepto como del desarrollo personal. Esta adaptación satisfactoria parece ser el resultado de la puesta en práctica de actividades instrumentales y de procesos acomodativos de afrontamiento (2), que son uno de los factores más significativos para determinar el llamado envejecimiento satisfactorio, uno de los aspectos más influyentes en la calidad de vida de las personas mayores.

Además, la calidad de vida de las personas mayores se relaciona directamente con la posibilidad de tomar decisiones y organizar sus vidas, en relación con los demás y con el entorno, es decir, de ser y de sentirse competentes. El camino para poder relacionarse con el entorno es que éste sea adecuado a las necesidades y a las capacidades de sus integrantes, que cambian en función de diferentes factores como pueden ser la edad, la presencia de limitaciones funcionales o aspectos externos a la propia persona, como son el lugar de residencia o la capacidad económica. En este sentido, también se hace necesario preguntar

14 a la persona mayor qué aspectos influyen, según su percepción, en que tenga una buena o una mala calidad de vida, como paso previo a la elaboración de instrumentos y la planificación de intervenciones.

En el siglo XXI, el término calidad de vida debe empapar las intervenciones sobre estos grupos de edad

que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, por lo que debemos seguir trabajando por afinar los componentes del *constructo*, con las implicaciones metodológicas e instrumentales que implican en su evaluación.

61

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Ballesteros R. Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Intervención Psicosocial* 1997; 6 (1): 21-35.
2. Reig A, Cabrero J, Y Richart M. Comportamiento y salud en la vejez. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 1996; 37: 37-44.
3. Birren JE, Dieckmann L. Concepts and content of quality of life in the later years: an overview. En: Birren, Lubben, Cichowlas y Deutchman (Eds.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press, 1991.
4. Bowling *et al.* Changes in life satisfaction over two and a half year period among very elderly people living in London. *Social Science and Medicine* 1983; 36: 641-55.
5. Montorio Cerrato I, Izal M. Bienestar psicológico en la vejez. *Revista de Gerontología* 1992; 3: 145-54.
6. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimisation with compensation. En: Baltes PB, Baltes MM (Eds.): *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
7. Aranguren JL. *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid. INSERSO, 1992.
8. Kalish R. *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide, 1996.
9. Havighurst RJ. *Developmental tasks and education*. New York: David McKay, 1976.
10. Idler EL, Benyamini M. Self-Rated health and mortality: A review of twenty-seven community. *Journal of Health and Social Behavior* 1997; 38 (1): 21-37.
11. Argyle M. Is Happiness a Cause of Health? *Psychology and Health* 1997; 12: 769-81.