

FACTORES ASOCIADOS A LA SATISFACCIÓN DE VIDA DE ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN LIMA-PERÚ

JULIO INGA ARANDA* Y ARÍSTIDES VARA HORNA**
UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL Y UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE
PORRES, LIMA PERÚ

Recibido: mayo 2 de 2006

Revisado: junio 1 de 2006

Aceptado: junio 12 de 2006

ABSTRACT

One hundred twenty two older adults were interviewed at Lima city with the porpoise of identify main factors associated to life satisfaction. For this, it was built a seven levels scale (resentment, satisfaction of life, older adult punishment, dependence by disability, social support, prosocial friendly identity, antisocial friendly identity). The results pointed out that socio demographic features of sample was similar to the national and international older adults population. By other hand, it was found that interviewed old people has a high life satisfaction; nevertheless they point out to have a high level of dissatisfaction en aspects such as body weakness, feelings of been given up by relatives and loneliness or been hopeless. In addition, it was found that resentment was the first factor associated to life satisfaction, follow by level of instruction, received social support, psychoactive substances consumption, family ill treating and friendly amount.

Keywords: Life satisfaction, resentment, social support, friendly identity, relative punishment, elder adult, Lima.

RESUMEN

Se entrevistó a 122 ancianos residentes en la ciudad de Lima para determinar los principales factores asociados a su satisfacción con la vida. Para ello se construyeron 7 escalas (resentimiento, satisfacción de vida, maltrato al anciano, dependencia por incapacidad, apoyo social, identidad amical prosocial, identidad amical antisocial). Los resultados indican que las características sociodemográficas de la muestra de estudio son similares a las de la población nacional e internacional de adultos mayores. También se halló que los ancianos encuestados tienen una alta satisfacción vital; sin embargo, señalaron mayor nivel de insatisfacción en aspectos tales como debilidad corporal, sentimientos de ser abandonados por sus familiares, así como soledad o desesperanza. Por último, se encontró que el resentimiento fue el factor que está más asociado a la satisfacción de vida en los adultos mayores, seguido del nivel de instrucción, apoyo social recibido, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato familiar y densidad amical.

Palabras clave: Satisfacción de vida, resentimiento, apoyo social, identidad amical, maltrato familiar, ancianos, Lima.

* Correo electrónico: julioinga@hotmail.com.

** Correo electrónico: gerencia@aristidesvara.com.

Introducción

La presente investigación está comprendida en el ámbito de la calidad de vida de los adultos mayores. Su desarrollo se justifica por la importancia que tiene el estudio de la calidad de vida para lograr una mayor comprensión del proceso de envejecimiento (Raphael, 1996). Así, en la actualidad, la atención del cuidado de la salud está orientada a la “revolución de la calidad” (Schalock, 1994). Los estudiosos del tema han dejado atrás la idea de salud como ausencia de enfermedad y su consecuente intervención médica, optando por considerar una definición más amplia que incluya tanto la responsabilidad personal como la calidad de vida (Janssen, 2004). En un intento de reducir los costos médicos y de salud, el concepto de promoción de los estilos saludables ha llegado a ser una alternativa para los sistemas de cuidado de la salud. Por este motivo, el enfoque de la calidad de vida ha sido un tema de investigación predominante a partir de la década de los noventa (Bowling, 1997; Renwinck, Brown, & Nagler, 1996; Schalock, 2004; Silverstein & Parker, 2002).

El debate acerca de lo que exactamente significa calidad de vida ha sido mantenido por años, y parece existir poco progreso en el logro de un consenso (Ranzijn, 2002). Algunos investigadores conciben la calidad de vida como unidimensional (Pearlman & Uhlmann, 1991); en el otro extremo, existen investigadores que conciben la calidad de vida como evaluación de todos los dominios y aspectos de la vida, tanto subjetivos como objetivos, incluyendo la salud y el hogar, habilidad funcional, ingreso económico, vida social, salud mental y bienestar (Arnold, 1991; Janssen, 2004; Victoria, González, Fernández & Ruiz, 2005).

Respecto a la calidad de vida de los adultos mayores, Janssen (2004) sostiene que ésta no debería ser evaluada o estudiada exclusivamente en alguna área específica tales como la de la salud, la ambiental, la social o la espiritual. Esto debido a que la vida humana es un constructo multifacético, y la vida de cada individuo está formada por una complejidad de experiencia y oportunidades. Las percepciones de la calidad de vida son multifacéticas y únicas para cada individuo. Sin embargo, en la realidad, muchas herramientas diseñadas para medir la calidad de vida en los adultos mayores se fundamentan y concentran en temas relacionados con el actual estado de salud, así como con el nivel de funcionamiento (Bowling, 1997).

La calidad de vida presenta dos grandes dimensiones: la objetiva y la subjetiva (Victoria et al., 2005). Respecto a la primera, se centra en variables objetivas externas al sujeto, correspondiéndole un enfoque sociológico y económico, que ha tratado de medir la calidad de vida utilizando preferiblemente la metodología de los indicadores de corte

sociodemográfico. Entre los indicadores objetivos se encuentran aquellos relacionados con la salud (esperanza de vida, mortalidad, nutrición, servicios de salud, etc.), los educacionales (índice o nivel de instrucción y el acceso a los servicios educacionales) y los de tipo económico (ingresos per-cápita, el Producto Nacional Bruto, o de tipo social como el índice de delincuencia, etc.)

La segunda dimensión, la subjetiva, está determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida, concepción a partir de la cual se han realizado innumerables esfuerzos dirigidos a la elaboración de metodologías que permitan la apreciación subjetiva y el nivel de satisfacción global o parcial en áreas importantes de la vida del sujeto. Esta tendencia considera que lo más importante en la calidad de vida es la percepción que el sujeto tiene de ella, o la vivencia subjetiva de bienestar.

La importancia de extenderse más allá del estudio de las dimensiones objetivas de la calidad de vida se explica por la pequeña correlación encontrada entre las condiciones objetivas de la vida y la felicidad subjetiva, la cual es denominada *la paradoja del bienestar* (Filipp, 1996; Staudinger, Fleeson, & Baltes, 1999). Esta paradoja parece estar presente en estudios acerca del envejecimiento y el bienestar porque, a pesar de las dificultades del envejecimiento (Esto es, deterioro físico, muerte de los viejos amigos y familiares), las personas mayores no informan una disminución concomitante en las mayoría de aspectos del bienestar (Caprara & Steca, 2005). Así, numerosos estudios, utilizando información comparativa, encontraron diferencias insignificantes en la satisfacción de vida y otras formas de bienestar subjetivo según la edad de los sujetos (Diener & Suh, 1998). Por otro lado, algunos estudios han encontrado un incremento en los sentimientos de bienestar entre los adultos mayores, donde éstos informan menos ansiedad y tienen un mejor equilibrio del afecto positivo y negativo (Ryff, 1989).

Una reflexión profunda sobre la calidad de vida nos muestra su estrecha vinculación con el funcionamiento de la sociedad, las normas y los valores sociales que el individuo debe asumir; pero sobre todo su vinculación con las aspiraciones y el nivel de satisfacción respecto a los dominios más importantes donde la persona desarrolla su vida; en otras palabras, con la construcción que el propio individuo hace de su bienestar personal (Victoria et al., 2005). En la estructura del área subjetiva de la calidad de vida se tiene, como núcleo central, una dimensión psicológica. Esta expresa el nivel de correspondencia entre las aspiraciones o expectativas trazadas por el sujeto y los logros que ha alcanzado o puede alcanzar, a corto o mediano plazo. De esta manera, se puede afirmar que los indicadores de corte objetivo resultan necesarios pero requieren de un complemento:

el distinguir cómo se expresan estos valores sociales en el individuo y cuán importantes resultan para él (Victoria et al., 2005).

En la calidad de vida existe una dimensión que subyace al resto de sus dimensiones, es la denominada satisfacción de vida. Aunque esta dimensión depende en gran medida del balance personal de cada individuo, lo cierto es que debe intentar llenar de contenido y de deseos la existencia de las personas mayores y tratar de que las nuevas relaciones y actividades den sentido a su existencia (Victoria et al. 2005). Así, la satisfacción de vida, junto con la percepción de la salud, constituye uno de los dos principales componentes de la calidad de vida (Cella, 1992; Ferrans & Powers, 1985; McDaniel & Bach, 1994; Meeberg, 1993).

La satisfacción de vida ha sido un gran punto de interés en la investigación gerontológico-social por más de 40 años. George (1981) define la satisfacción de vida como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de la vida. Implícito en este punto de vista está la noción de que la satisfacción de vida representa un resumen de la evaluación de las metas y logros, que rodea al curso de la vida entera. La amplia literatura ha identificado un conjunto de factores que influyen en la satisfacción de vida, involucrando la salud, el estatus económico y las relaciones sociales (George & Clips, 1991).

La literatura sobre la satisfacción de vida es extensa e incluye estudios que han definido el concepto como felicidad, afecto positivo, y bienestar subjetivo (Diener, 1984). La relación positiva entre la salud subjetiva y la satisfacción de vida ha sido un hallazgo constante (Lohr, Essex & Klein, 1988; Rapkin & Fischer, 1992; Willits & Grider, 1988). Además, cuando se examina la relación que tiene la edad y la satisfacción de vida con la salud percibida, los resultados sugieren un patrón por el cual los individuos esperan una disminución en la salud y la habilidad funcional con el incremento de la edad. También, las percepciones de la salud fueron un mejor indicador de la satisfacción de vida en comparación con el número de enfermedades crónicas (Gfellner, 1989). Además, si se considera que la satisfacción y, por ende, el bienestar subjetivo no declinan necesariamente con el incremento de los años -ni mejora ni empeora con la edad, ya que los individuos se adaptan a las circunstancias en las que se encuentran inmersos- de esta manera, el estudio del bienestar psicológico en la tercera edad cobra una especial significación, con el fin de desmitificar la imagen del anciano cansado y deprimido por ley natural (Jocik, Álvarez & Bayarre, 2000).

Los estudios sobre la satisfacción con la vida se han situado, mayoritariamente, en el contexto general de la investigación del bienestar subjetivo. Este concepto de

bienestar subjetivo incluye dos componentes claramente diferenciados y que han seguido líneas de investigación paralelas: por un lado, los juicios cognitivos sobre satisfacción de vida y, por otro, las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones (Diener & Lucas, 1999). Para el presente estudio asumimos un enfoque global tanto del constructo *satisfacción de vida* como de los factores que estarían asociados a él.

Objetivos

Determinar los principales factores asociados a la satisfacción de vida en los adultos mayores de 60 años de edad que viven en la ciudad en Lima.

Método

Muestra

La muestra estuvo constituida por 122 ancianos, varones y mujeres, mayores de 60 años de edad y que residen actualmente en la ciudad de Lima.

Instrumentos

Se utilizó la Encuesta sobre Calidad de Vida, diseñada para cumplir los objetivos de esta investigación. La encuesta consta de 10 áreas:

- i. Características individuales: sexo, lugar de nacimiento, edad, máximo nivel educativo alcanzado, estado civil actual, ocupación laboral.
- ii. Situación social actual: si vive con sus familiares o está internado en un albergue, tiempo de internado, si recibe prestaciones de jubilación, si cuenta con seguro médico, ingresos económicos, satisfacción con los ingresos económicos.
- iii. Características familiares: número y mortalidad de hijos, estado civil de los hijos, situación laboral de los hijos, necesidades del anciano cubiertas por los hijos, visitas familiares, maltrato familiar al anciano (escala 1).
- iv. Relaciones sociales y amicales: número de personas que conoce y frecuente, densidad amical, número de amigos con quienes conversa por semana, compromiso amical, sensación de aprecio amical, actividades físicas, escala de identidad amical (escala 2).
- v. Escala de satisfacción de vida (escala 3): 8 ítems.
- vi. Salud orgánica general: enfermedad diagnosticada por el médico, tratamiento recibido, dolor subjetivo, presencia de signos y síntomas patológicos (escala 4), consumo de sustancias psicoactivas.
- vii. Escala de resentimiento (escala 5): 5 ítems.

TABLA 1. CONSISTENCIA INTERNA DE LAS ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA

Escalas	Definición	Alfa de Cronbach
Escala de maltrato senil	Evalúa todo acto con intención de daño hacia el anciano, generalmente el perpetrado por uno o varios de sus familiares.	0,7986
Escala de identidad amical prosocial	Evalúa la imagen y rol positivos que cree tener el anciano frente a sus amigos.	0,8632
Escala de identidad amical anti social	Evalúa la imagen y rol negativos que cree tener el anciano frente a sus amigos.	0,8290
Escala de satisfacción de vida	Evalúa el nivel de conformidad que existe entre las aspiraciones que tiene el anciano en los diferentes ámbitos de su vida y su actual estado de vida.	0,8808
Escala de resentimiento	Evalúa la propensión que tiene el anciano a preservar, a pesar de haber transcurrido el tiempo, cólera, sentimientos y deseos de venganza por afrentas personales pasadas.	0,7410
Escala de dependencia social y familiar por incapacidad	Evalúa la necesidad que tiene el anciano del cuidado brindado por otras personas con el fin de realizar ciertas actividades.	0,7488
Escala de apoyo y refuerzo social	Escala referida a las atenciones, asistencias y respeto que reciben los ancianos de cualquier persona (familiares o no).	0,7404

- viii. Escala de dependencia social y familiar por incapacidad física (escala 6): 4 ítems.
- ix. Atención en instituciones: tipo de servicios brindados en los albergues, calificación del servicio brindado por el albergue.
- x. Escala de apoyo y refuerzo social (escala 7): 6 ítems.

El análisis de confiabilidad de las escalas se realizó a través del análisis de consistencia interna, cuyo indicador es el Coeficiente Alfa de Cronbach (α). Asimismo, se analizó la relación lineal -corrigiendo el valor de atenuación por agregado- entre cada ítem con su respectivo dominio (r corregido ítem-test) y se obtuvieron los valores de Alfa si cada ítem hubiese sido excluido del dominio. Así, la Tabla 1 muestra que todas las escalas estudiadas muestran un alto índice de consistencias internas.

Para analizar la relación entre las diferentes escalas diseñadas, se utilizó el Análisis de Componentes Principales con rotación Varimax. Los coeficientes de determinación matricial, adecuación muestral y esfericidad correlativa (determinante = 2.248E-02; Kaiser_Meyer_Olkin = 0,539; X^2 de Bartlett's = 194.182 / 36 / 0,000) garantizan la aplicación del análisis por cumplimiento de los supuestos. A través del criterio de autovalores superiores a la unidad, se obtuvo una solución de cuatro componentes, explicando 78.9% de la varianza total. Para su fácil comprensión, la solución obtenida fue rotada con parámetros independientes (Varimax). La solución se presenta en la siguiente tabla:

TABLA 2. MATRIZ DE COMPONENTES CON ROTACIÓN VARIMAX

Escalas	Componentes			
	1	2	3	4
Rol amical prosocial	0,916			
Rol amical antisocial	-0,898			
Síntomas de enfermedad	-0,484	-0,439		
Satisfacción de vida		0,866		
Resentimiento		-0,806		
Apoyo social	0,458	0,783		
Maltrato al anciano			0,853	
Dependencia social por incapacidad			-0,678	
Consumo de sustancias psicoactivas				0,947

En la tabla anterior, se observa que el componente 1 está constituido por el rol amical (tanto prosocial como antisocial). Tener signos distintos indica su dimensión opuesta. Es decir, el rol amical es un constructo único que tiene dos direcciones: prosocial (+) y antisocial (-). Los síntomas de enfermedad y el apoyo social tienen una saturación moderada si las comparamos con las del rol amical, por eso, su presencia en este componente indica una asociación muy clara con el rol amical. De esta manera, el apoyo social tiene la misma dirección que el

rol prosocial (ambos son positivos) y los síntomas de enfermedad tienen la misma dirección que el rol antisocial (ambos son negativos). En otros términos, se corrobora el supuesto teórico de que el rol prosocial de los ancianos aumenta las posibilidades de recibir apoyo social de todo tipo; caso opuesto del rol antisocial, donde las probabilidades de presentar síntomas de enfermedad son mayores. Al respecto, los estudiosos de las diferentes perspectivas teóricas de la satisfacción de vida han convenido en señalar que el mantener relaciones positivas con los otros es esencial para el buen funcionamiento mental (Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989). Por su parte, Soo-Tho (2001) encontró una relación positiva entre la escala de competencias interpersonales, apoyo social y satisfacción de vida, sugiriendo que los adultos mayores que poseen los rasgos de personalidad necesarios y las habilidades interpersonales para mantener e incrementar las relaciones interpersonales existentes podrían tener mayor apoyo social, y consecuentemente reportar mayor satisfacción con sus vidas que los adultos mayores que no poseen estos rasgos y habilidades. De esta manera, se sostiene que cuando se llega a estar grandemente limitado por la ancianidad, las relaciones cercanas llegan a ser más importantes porque brindan más gratificación emocional inmediata que la obtención de algunos objetivos distantes (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999).

El componente 2 está constituido por la satisfacción de vida, el resentimiento y el apoyo social recibido. Al igual que la dimensión anterior, el tener signos distintos indica una dimensión de polos opuestos. La satisfacción de vida (+), el resentimiento (-) y el apoyo social (+) son los principales representantes de esta dimensión. La satisfacción de vida y el apoyo social están relacionados en la misma dirección; mientras que el resentimiento se asocia directamente a los síntomas de enfermedad. Así, el apoyo social recibido por los ancianos aumenta su satisfacción de vida; en sentido contrario, el resentimiento y la presencia de síntomas patológicos la disminuyen. Por otro lado, el resentimiento aumenta la probabilidad de presentar signos de enfermedad. En forma análoga, Krause (2001) encontró que los adultos mayores insertos en fuertes redes de apoyo social tienden a enfrentar de manera más efectiva los efectos perjudiciales del estrés, en comparación con los adultos mayores que no mantienen relaciones cercanas con otros.

El componente 3 está conformado por el maltrato familiar y la dependencia social por incapacidad. Aquí la relación es inversa, determinando que el maltrato al anciano es contrario a la incapacidad de éste. En investigaciones previas se presenta el maltrato al anciano muy asociado a su cuidado obligatorio por ser incapaz de cuidarse solo (Simpson, 1991; Drayton-Hargrove, 2000). Las tensiones surgidas por el cuidado del anciano

aumentan la irritabilidad del cuidador disponiéndole a ser negligente o a descargar su ira con ataques verbales o físicos. Al respecto, se considera que en los Estados Unidos de América, de los dos millones de casos de abuso contra los adultos mayores estimados cada año, los miembros de la familia que se desempeñan como responsables del cuidado de los ancianos frecuentemente son considerados culpables (Lynch, 1997; Tataru, 1993). Con lo que se refiere a nuestros datos obtenidos, el maltrato familiar se relaciona a la convivencia familiar y a que las probabilidades de sufrir ataques de los hijos o parientes cercanos son mayores en situaciones de convivencia que en dependencia por incapacidad. Esto explicaría en cierta medida, la relación negativa entre el maltrato familiar y la dependencia social por incapacidad.

El componente 4 está integrado únicamente por el consumo de sustancias psicoactivas, por lo que este componente se llamará 'consumo de psicoactivos'. A decir de Blow, Oslin y Barry (2002), el consumo y abuso del alcohol son comunes entre los adultos mayores, a esto se sumaría, aunque en un menor nivel, la medicación psicoactiva y el uso ilícito de fármacos.

En conclusión, el análisis de componentes principales ha permitido discriminar el conjunto de relaciones existentes entre las variables diseñadas para el estudio, es decir, las relaciones obtenidas en la solución factorial son coherentes y lógicamente predecibles, demostrando así, su validez individual.

Análisis y estadísticas

Se utilizó el estadístico SPSS 7.5. Todos los datos tuvieron el control de calidad a través de la psicometría clásica. Para ello, las estadísticas empleadas fueron el análisis de factores con rotaciones ortogonales, el escalamiento jerárquico y el alfa de Cronbach. Se utilizó también el Análisis de Conglomerados de k-medias de distancias euclidianas. Los análisis de predicción se realizaron con el Modelo Lineal General, del tipo Jerárquico, a través de la selección por sucesos.

Resultados

Descripción de los participantes

Del total de participantes, 52,5% son mujeres y 47,5% son varones. La edad promedio es de 73 años, no registrándose diferencias significativas según el sexo ($t = 0,811$, $gl = 108$, $p = 0,419$). El 65,6% proviene de las provincias peruanas, siendo este porcentaje mayor en el caso de los hombres (75,9% vs. 56,3%).

Respecto al nivel de instrucción, un 11% de varones posee estudios superiores, frente al 3% de ancianas con estudios superiores incompletos. Además, se encontró

que las mujeres tienen mayores porcentajes de estudios primarios incompletos, frente al mayor porcentaje de estudios secundarios en los varones.

Con relación al estado civil, el 44,3% tiene una unión estable (casados y convivientes), seguido de un 29,5% que son viudos, donde 43,8% son mujeres y 13,8% son varones. Asimismo, 23% de los encuestados son solteros y 3,3% divorciados.

Según la ocupación laboral desempeñada en el pasado, los ancianos varones han sido obreros (37,9%), empleados públicos (27,6%), profesionales independientes (20,7%) y comerciantes (10,3%). En el caso de las mujeres, el mayor porcentaje ha sido ama de casa (62,5%), comerciante (12,5%), empleada pública (9,4%), profesional independiente (6,3%) y obrera (3,1%).

Condiciones sociales de vida

Según la condición de la vivienda actual, 62,3% de los ancianos refieren vivir con sus familiares y 32,8% en un albergue o asilo geriátrico. De estos últimos, la mayoría está internado en un albergue público (29,5% vs. 3,3%). El porcentaje de ancianos varones internados en un albergue es mayor al de las ancianas (55,2% vs. 12,5%). Por otro lado, es mayor el porcentaje de ancianas, en comparación con los ancianos, que viven con sus familiares (81,3% vs. 41,4%).

Tomando en cuenta a los ancianos albergados en un asilo (n = 40): 50% no ve a sus familiares hace más de un año, 15% los ve al menos una vez al mes, 10% los ve de dos a cinco veces al mes y 25% no responde esta pregunta. Existen más ancianos, en comparación con las ancianas, que no tienen contacto alguno con sus hijos o familiares de primer grado (Sólo el 55,6% de los ancianos que tienen hijos se contactan con ellos; mientras que en el caso de las ancianas, ese porcentaje es de 90,9%).

Se halló también que solamente 29,15% de los ancianos reciben prestaciones por concepto de jubilación. Hay una proporción mayor de ancianos, en comparación con las ancianas, que carecen de un ingreso económico por jubilación (65,5% vs. 56,3%). Asimismo, únicamente 39,3% de los ancianos tienen seguro médico o de salud. Hay más ancianos, en comparación con las ancianas, que carecen de seguro médico o de salud (58,6% vs. 34,4%).

Respecto a las fuentes de ingresos económicos obtenidos por los ancianos, 29,5% de ellos no recibe ingresos, 26,2% lo obtiene de su jubilación, al 21,3% se lo proporciona su familia, 6,6% lo obtiene de programas sociales y 4,9% de sus ahorros de trabajo. Del grupo de ancianos que reciben ingresos económicos, 71,4% considera que éstos no alcanzan para satisfacer sus necesidades básicas.

Los hijos cubren, con mayor frecuencia, las necesidades alimenticias (52,5%) y recreativas (52,2%) de sus ancianos padres. A ellas, le siguen las necesidades de habitación (40%) y pensión económica (27,5%). Tal parece que las ancianas son más atendidas que los ancianos, pues existen más ancianas que ancianos con necesidades cubiertas por sus hijos.

Satisfacción de vida

El instrumento empleado para medir la satisfacción de vida es una escala que tiene un rango de variación de 0 a 24. El límite diferencial entre el grupo satisfecho e insatisfecho con su vida es de 8. El promedio de satisfacción obtenido por la presente muestra de estudio es de 17 puntos, indicando -como grupo- una satisfacción de vida alta. Sin embargo, individualmente, el panorama parece ser menos alentador. Si se observa la Tabla 3, se inferirá que los niveles de satisfacción de vida en cada uno de los ítems varían ampliamente de un grupo a otro.

TABLA 3. SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Siente que:	casi a diario	1 a 3 veces por semana	raras veces	nunca
Ha desperdiciado su vida o que su vida es un fracaso	6,6	8,2	44,3	41,0
Está insatisfecho con su vida actual	10,0	6,7	41,7	41,7
No merece vivir como lo hace ahora	5,0	6,7	50,0	38,3
Su vida no tiene sentido	5,1	5,1	30,5	59,3
Sus familiares no lo quieren	14,0		12,3	73,7
Es inútil y un estorbo para los demás	8,8	8,8	26,3	56,1
Tiene soledad, desesperanza y confusión en su vida	12,3	8,8	38,6	40,4
Su cuerpo está débil, con dolor y enfermo	22,8	8,8	36,8	31,6

De lo mostrado, se observa que 22,8% de ancianos se siente casi a diario corporalmente débil, con dolor y enfermo, 36,8% se siente así raras veces y 8,8% de 1 a 3 veces por semana. Por lo contrario, sólo 31,6% manifestó que nunca se siente de tal modo. Es decir, pese a tener un promedio alto en cuanto a satisfacción de vida, 31,6% de los encuestados manifestó sentirse débil y enfermo por lo menos una vez a la semana o casi a diario. Situación similar ocurre con el 21,1% de los ancianos que sienten -por lo menos una vez a la semana- soledad, desesperanza y confusión en sus vida; en sentido contrario, sólo 40,4% refiere nunca haber sentido tales emociones.

En promedio, 47,76% de la muestra tiene un altísimo puntaje en la satisfacción de vida, caso contrario del 10,58% de la muestra, quienes presentan altos niveles de insatisfacción vital. Utilizando el Análisis de Conglomerados de K-medias, y siendo más rigurosos para el caso, formamos dos grupos diametralmente opuestos utilizando como criterio los puntajes de satisfacción de vida. De esta manera, obtuvimos dos grupos: los satisfechos por la vida (80,3%) y los insatisfechos por la vida (19,7%). Las diferencias en las puntuaciones son significativas (19,27 vs. 7,16 respectivamente) y apoyan nuestro procedimiento de diferenciación entre el grupo de los satisfechos y los insatisfechos (8 puntos).

En cuanto a la satisfacción de vida, se encontró que el apoyo y refuerzo social obtenido contribuye de forma directa a su aumento ($r = 0,476$, $p = 0,0001$). Es decir,

mientras mayor refuerzo y atención social reciban los ancianos de sus semejantes, mayor satisfacción sentirán por sus vidas. En sentido contrario, mientras más resentidos se encuentren ($r = -0,449$, $p = 0,0001$), mientras mayor dependencia social les genere su incapacidad ($r = -0,32$, $p = 0,0001$) y mientras más hoscos o antisociales se comporten ($r = -0,184$, $p = 0,05$), estarán menos satisfechos con sus vidas. La hipótesis de que las actitudes prosociales aumentan la satisfacción por la vida solamente se cumple con las mujeres. La relación entre la identidad prosocial y la satisfacción por la vida es de 0,30 ($p = 0,02$) en las mujeres y de -0,17 ($p = 0,28$) en los varones.

Pese a que no están asociados directamente, se encuentra mayor satisfacción de vida en los ancianos que viven con sus familiares (18,3), que en los que viven en asilos privados (16,0) y asilos públicos (14,16). Reforzando lo anterior, los datos indican que los hijos son una fuente importante de satisfacción de vida, como se ve confirmado en la diferencia de promedios entre los ancianos que tienen hijos (18,3) y los que nunca los han tenido (13,4).

Utilizando estimadores de mínimos cuadrados generalizados, se sometieron a un análisis regresivo del tipo lineal, algunas variables demográficas (nivel de instrucción, número de hijos vivos, número de personas conocidas, densidad amical, número de amigos con los que conversa en la semana, frecuencia de actividades realizadas) y las escalas construidas para el estudio. El

TABLA 4. PREDICCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE VIDA (MODELO JERÁRQUICO DE REGRESIÓN)

Modelo	R	R ²	R ² ajust.	Error estándar de estimación	Estadísticas de cambio en el modelo				
					R ²	cambio de F	df1	df2	Sig. del cambio de F.
1	0,652	0,425	0,411	4,3676	0,425	31,033	1	42	0,000
2	0,732	0,536	0,513	3,9724	0,111	9,772	1	41	0,003
3	0,800	0,640	0,613	3,5433	0,104	11,534	1	40	0,002
4	0,859	0,737	0,711	3,0626	0,098	14,541	1	39	0,000
5	0,892	0,796	0,769	2,7378	0,058	10,802	1	38	0,002
6	0,905	0,820	0,790	2,6061	0,024	4,937	1	37	0,032

1. Predictores: (Constante), resentimiento.
 2. Predictores: (Constante), resentimiento, maltrato al anciano en el último mes.
 3. Predictores: (Constante), resentimiento, maltrato al anciano en el último mes, apoyo social.
 4. Predictores: (Constante), resentimiento, maltrato al anciano en el último mes, apoyo social, nivel de instrucción.
 5. Predictores: (Constante), resentimiento, maltrato al anciano en el último mes, apoyo social, nivel de instrucción, consumo de sustancias psicoactivas.
 6. Predictores: (Constante), resentimiento, maltrato al anciano en el último mes, apoyo social, nivel de instrucción, consumo de sustancias psicoactivas, personas con las que se conoce.
- a. Variable dependiente: satisfacción de vida.

TABLA 5. PREDICCIÓN DE LA SATISFACCIÓN POR LA VIDA (COEFICIENTES DE REGRESIÓN)

Variables en el análisis	Coefic. estand. Beta	Valor t	Sig.	Correlaciones			Estadísticas de colinealidad	
				ord. cero	Parcial	semi-parc.	Tolerancia	VIF
(Constante)		3,211	0,003					
Resentimiento	-0,636	-8,017	0,000	-0,652	-0,797	-0,560	0,775	1,290
Maltrato al anciano	0,260	3,641	0,001	0,363	0,514	0,254	0,955	1,048
Apoyo social actual	0,456	5,710	0,000	0,546	0,684	0,399	0,766	1,306
Nivel de instrucción	0,493	5,526	0,000	0,039	0,672	0,386	0,611	1,636
Consumo de sustancias psicoactivas	-0,287	-3,862	0,000	-0,259	-0,536	-0,270	0,883	1,132
Amigos que se conocen entre sí	0,182	2,222	0,032	-0,174	0,343	0,155	0,729	1,372

a. Variable dependiente: satisfacción de vida.

objetivo fue determinar los principales predictores de la satisfacción de vida en los ancianos.

El análisis jerárquico de regresión lineal, presentó seis pasos de combinaciones posibles con seis variables seleccionadas. Esta combinación explicó el 79% de los valores de satisfacción de vida ($R = 0,905$; $R_2 = 0,820$; R_2 ajustado = 0,79; error estándar de estimación = 2,6061), siendo un modelo con parámetros óptimos (Véase Tabla 4). En la Tabla 5 se presentan los estimadores estandarizados y sus probabilidades en distribución t .

Según esta tabla, la variable que más predice la satisfacción de vida en los ancianos es el resentimiento ($B = -0,636$), seguido del nivel de instrucción ($B = 0,493$), el apoyo y refuerzo social recibido en la actualidad ($B = 0,456$), el consumo de sustancias psicoactivas ($B = -0,287$), el maltrato familiar recibido recientemente ($B = 0,26$) y la densidad amical; es decir, el número de 'amigos que se conocen entre sí' ($B = 0,182$).

En términos sencillos, los ancianos se sentirán más satisfechos con sus vidas si no albergan emociones negativas como el resentimiento, tienen una escolaridad elevada, reciben apoyo y refuerzo social de los que lo rodean, consumen pocas sustancias psicoactivas (medicamentos sin receta, fumar, tomar licor), participan socialmente de su familia o si viven con ellos y, finalmente, si tienen amigos que se conocen entre sí.

Es pertinente mencionar que los resultados presentados en este punto han sido obtenidos a través del análisis de regresión sólo con variables cuantitativas. Las variables dicotómicas las hemos excluido para no dificultar la interpretación de los datos. Sin embargo, como se evidencian líneas atrás, el apoyo familiar, la convivencia con los hijos y la tenencia de hijos son variables importantes a la hora de predecir la satisfacción

de vida. Tan importantes son que podría llevarnos a confusión si no se las toma en cuenta. La realidad social es compleja y de múltiples dimensiones, estudiar un segmento de esas dimensiones es un procedimiento artificial y muchas veces reduccionista. Observe el caso del predictor *maltrato al anciano* en la tabla anterior, si nos ceñimos a la interpretación clásica de los valores beta, inferiremos que *el maltrato al anciano aumenta la satisfacción de vida en los ancianos*. Sería un error si procediéramos de esa forma, pues, como lo indican los análisis de regresión parcial, el maltrato al anciano está asociado fuertemente a la convivencia con la familia y al cuidado de los mismos. El conflicto y la violencia son probables sólo cuando existe convivencia, estos actos no ocurrirían en los asilos, ya que en ellos la familia no convive con el anciano. Por tanto, la variable 'maltrato al anciano' la interpretamos como asociada a la convivencia familiar.

Discusión

Se encontró que la muestra de estudio comparte características similares a las presentadas por diversos informes de mayor magnitud poblacional. Así, existe correspondencia entre la proporción de ancianos y ancianas incluidos en esta investigación con la descripción que hace el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 1999) de la población anciana peruana, siendo en este último caso de 53,4% mujeres y 46,6% varones. Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994) refiere que en la mayoría de países en el mundo y en Latinoamérica la población femenina es superior a la masculina debido a la mayor supervivencia de las mujeres, quienes tienen una esperanza de vida de entre 5 y 8 años más que el varón.

Del casi 30% de adultos mayores incluidos en nuestro estudio y que se encuentran en estado de viudez, la mayor proporción son mujeres. Esto se corrobora con los resultados de otras investigaciones (Por ejemplo Durante, 1998; Ham & Sloane, 1997; INEI, 1995; OPS, 1990) que muestran una tasa de viudez más alta en las ancianas. De igual manera, esta situación también es informada por Papalia y Wendkos (1997) en los Estados Unidos y el INEI (1998a) en Perú, este último basado en el Censo Nacional de 1993 y en la Encuesta Nacional de Hogares de 1996. De esta manera, sorprende el elevado número de ancianos viudos y solteros (52,5%). La viudez y la soledad (hecho que puede explicarse por determinados motivos), constituyen un problema social, económico y psicológico de gran magnitud, pues producen efectos negativos sobre el bienestar del anciano, quien se ve vinculado a la pobreza, soledad y aislamiento.

Las escalas del Cuestionario de Calidad de Vida utilizadas para el presente estudio cumplen con los criterios de confiabilidad necesarios, así sus altos índices de consistencia ($\alpha = 0,740$ a $0,8808$) son similares a los niveles de confiabilidad presentes en la escala de Satisfacción con la Vida de Diener, escala que ha sido aplicada a una diversidad de muestras de estudio y cuyos coeficientes alpha de Cronbach oscilan entre $0,89$ y $0,79$. (Pavot & Diener, 1993).

Se encontró que en general los ancianos pertenecientes a la muestra de estudio tienen una alta satisfacción de vida; sin embargo, pese a tener un promedio alto en cuanto a la satisfacción vital, $31,6\%$ de los ancianos se siente -por lo menos una vez a la semana- débil y enfermo. De igual modo, según se encontró en la presente investigación, parece que la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo emocional, seguridad, cuidado y afecto, ya que constituye un mecanismo natural de atención y es la opción preferida por los ancianos. No debe extrañar entonces, que una alta proporción de ancianos que viven con su familia manifiesten estar satisfechos de su situación familiar (OPS, 1994). Respecto a esto último, según la Organización Mundial de la Salud, los grupos más vulnerables y de riesgo, son aquellos ancianos que viven solos en su vivienda, las mujeres ancianas viudas y los ancianos sin hijos porque corren el riesgo de sufrir deterioro en su calidad de vida (OPS, 1994, 1998, 1999; Ruiperez & Llorente, 1996). En un estudio realizado en una muestra de 3.600 adultos mayores españoles no institucionalizados, López, Banegas, Graciani, Herruzo, & Rodríguez (2005), encontraron que el no estar casado y vivir solo estuvo asociado con bajas puntuaciones en los componentes de la calidad de vida social y mental, aunque no se alcanzó una general significancia estadística. Es decir, *ver a los miembros de la familia raramente o nunca* estuvo asociado

con menores puntajes en las siguientes escalas del cuestionario SF-36: el rol físico, dolor corporal, salud general y salud mental. La calidad de vida relacionada a la salud fue menor entre aquellos quienes raramente o nunca ven amigos.

Al igual que en algunos estudios previos (Keyes, Michalec, Kobau & Zahran 2005; López et al., 2005), se halló relación directa entre la satisfacción de vida y el refuerzo social. En opinión de Ranzijn (2002), existe un creciente reconocimiento de que la salud psicológica, y hasta alguna medida la salud física, depende al menos el algún grado en sentirse integrado a una comunidad (Crowe, 1996; Hamilton, et al. 1999; Labonte, 1998; Riley, 1998). La interdependencia podría ser tan importante para la calidad de vida como la independencia y la autonomía. No queremos decir que la autonomía no sea importante. La autonomía es el principal objetivo de los servicios y organizaciones encargadas del cuidado del mayor (Bishop, 1999). Sin embargo, a opinión de Ranzijn (2002), se puede sostener que la salud mental y física integral sólo puede ser alcanzada en comunidad. Queda así evidente que una red social pobre está relacionada con una deficiente salud subjetiva (Litwin, 1988).

De las variables que en mayor magnitud predijeron la satisfacción de vida de los adultos mayores, el resentimiento se encuentra en primer lugar, seguido por el nivel de instrucción y el apoyo o refuerzo social. Respecto a la relación directa entre nivel de instrucción y satisfacción se tiene como antecedente el estudio de Keyes et al. (2005), en donde se encontró que los participantes con menos de educación secundaria, en comparación con los que tuvieron educación superior, señalaron más días sin bienestar físico (9,5 días versus 2,7 días); más días de tristeza, melancolía o depresión (4,3 versus 1,2); y más días de preocupación, tensión o ansiedad (4,6 versus 1,9).

Referencias

- Arnold, S. (1991). Measurements of quality of life in the frail elderly. En: J. Birren; J. Lubben; J. Rowe, & D. Deustchman, (Eds.) *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. New York: Academic Press.
- Bishop, B. (1999). The National Strategy for an Ageing Australia: Background Paper (Publication approval No. 2517): Commonwealth of Australia.
- Blow, F. C., Oslin, D. W., & Barry, K. L. (2002). Drugs, and Psychoactive Medication Among Older People. *Mental Health and Mental Illness in Later Life*. Spring, 50-54.

- Bowling, A. (1997). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales* (2da ed.) Philadelphia, PA: Open University Press.
- Caprara, G. V. & Steca, P. (2005). Self-efficacy beliefs as determinants of prosocial behavior conducive to life satisfaction across ages. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(21), 191-217.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist, 54*, 165-181.
- Cella, D. F. (1992). Quality of life: The concept. *Journal of Palliative Care, 8*(3), 8-13.
- Crowe, M. (1996). Health promotion needs of older Aboriginal people. *Australian Journal on Ageing, 15* (1), 11-13.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575.
- Diener, E. Suh, E. M. (1998). Subjective well-being and age: an international analysis. En K. Schaie, K. Warner y L.M. Powell (Eds.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: focus on emotion and adult development. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 17*, 304-324. Nueva York: Springer Publishing.
- Diener, E. & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russell-Sage.
- Durante, P. (1998). *Terapia ocupacional en geriatría: principios y prácticas*. Barcelona: Masson.
- Ferrans, C. E. & Powers, M. J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science, 8* (1), 15-24.
- Filipp, S. H. (1996). Motivation and emotion. En J. E. Birren, S. K. Warner et al. (Eds.); *The handbook of aging: Handbook of the psychology of aging*. San Diego, CA: Academic Press.
- George, I. K. & Clipp, E. C. (1991). Subjective components of aging well. *Generations, 15*, 57-60.
- George, I. K. (1981). Subjective well-being. Conceptual and methodological issues. In: C. Eisdorfer (Ed.), *Annual review of gerontology and geriatrics, 2*, 345-382. New York: Springer.
- Gfellner, B. M. (1989). Perceptions of health, abilities, and life satisfaction among very old adults. *Perceptual and Motor Skills, 68*(1), 203-209.
- Ham, R. J. & Sloane, P. D. (1997). *Primary care geriatrics: a case-based approach*. 3d ed. St. Louis: Mosby.
- Hamilton, G., Brown, S., Alonzo, T., Glover, M., Mersereau, Y. & Wilson, P. (1999). Building community for the long term: An intergenerational commitment. *The Gerontologist, 39* (2), 235-238.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (1994). *Compendio estadístico sociales 1993-1994*. Lima. Dirección técnica de demografía y estudios sociales.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (1995). *Perú: perfil socio-demográfico de la tercera edad, 1993*. Lima: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (1998a). *Estado de la población peruana, 1998. Situación de la población joven y de la tercera edad*. Lima: Autor.
- Janssen, M. (2004). The effects of leisure education on quality of life in older adults. *Therapeutic Recreation Journal, 38* (3), 275-288.
- Jocik, G., Álvarez, M. & Bayarre, H. (2000). *Construcción de un instrumento para medir bienestar subjetivo en adultos mayores*. Premio Anual de Salud, Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba.
- Keyes, C. L., Michalec, B., Kobau, R. & Zahran, H. (2005). Social support and health-related quality of life among older adults - Missouri. *Morbidity and Mortality Report, 54*(17), 433-437.
- Krause, N. (2001). Social support. En R. H. Binstock & I. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences*, (pp. 272-294). San Diego, CA: Academic Press.
- Labonte, R. (1998). *A community development approach to health promotion: A background paper on practice tensions, strategic models and accountability requirements for health authority work on the broad determinants of health (selected excerpts)*. Kingston, Ontario, Canada: Author.
- Lynch, S. H. (1997). Elder abuse: What to look for, how to intervene. *American Journal of Nursing, 97*, 27-32.
- Litwin H. (1998). Social network type and health status in a national sample of elderly Israelis. *Social Science and Medicine, 46*, 599-609.
- Lohr, M. J., Essex, M. J. & Klein, M. H. (1988). The relationship of coping responses to physical health status and life satisfaction among older women. *Journal of Gerontology, 43*(2), 54-60.
- López, E., Banegas, J. R., Graciani, A., Herruzo, R. & Rodríguez, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Quality of Life Research, 14*, 511-520.

- McDaniel, R. W. & Bach, C. A. (1994). Quality of life; A concept analysis. *Rehabilitation Nursing Research*, 3(1), 18-22.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life; A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 32-38.
- Organización Panamericana de la Salud (1990). *Condiciones de salud en Las Américas*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1994). *Condiciones de salud en Las Américas*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (1998). Salud de las personas de edad. 25 Conferencia Sanitaria Panamericana. CSP25/12. Washington: 7-50.
- Organización Panamericana de la Salud (1999). *El envejecimiento: cómo superar mitos*. DC:OPS. Washington: 1-15.
- Organización Panamericana de la Salud (1999). La salud de la tercera edad: implicancias para la enfermería. *Boletín de salud*, 112(4), 365-371.
- Papalia, D. & Wendkos, S. (1997). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Pavot, W. y Diener, E., (1993). The affective and cognitive contest of self reports measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20
- Pearlman, R. A. & Uhlmann, R. F. (1991). Quality of life in elderly, chronically ill outpatients. *Journals of Gerontology*, 46, 31-38.
- Ranzijn, R. (2002). The potential of older adults to enhance community quality of life: Link between positive psychology and productive aging. *Ageing International*, 27(2), 33-55.
- Raphael, D. (1996). Defining quality of life: Eleven debates concerning its measurement. In R. Renwick, I. Brown, & M. Nagler (Eds.) *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rapkin, B. D. & Fischer, K. (1992). Framing the construct of life satisfaction in terms of older adult's personal goals. *Psychology and Aging*, 7(1), 138-149.
- Renwinck, R., Brown, I. & Nagler. (1996). *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Riley, M. W. (1998). letter to editor. *The Gerontologist*, 38(2), 151.
- Ruiperez, C. Llorente, D. (1997). *Guía para auxiliares y cuidadores de ancianos. Fundamentos y procedimientos*. McGraw Hill: Madrid.
- Ryan, R. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness isn't everything, or is it? Explorations on meaning of psychological well-being. *Annual Review of Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1989b). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Schalock, R. L. & Luckasson, R. (2004). American Association on Mental Retardation's Definition, classification, and System of Supports and Its Relation to International Trends and Issues in the Field of Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1(3/4), 136-146,
- Schalock, R. L. (1994). Promotion quality through quality enhancement techniques and out come base evaluation. *Journal on Developmental Disabilities*, 3, 1-16.
- Silverstein, M. & Parker, M. G. (2002). Leisure Activities and Quality of Life Among the Oldest Old in Sweden, *Research on Aging*, 24(5), 528-547.
- Simpson, E. P. (1991). *Incidence of elder abuse among female elderly by their children*. Tesis de Maestría, California State University, Long Beach, CA.
- Soo-Tho, K. M. (2001). *The role of relational competence as a predictor of social support and life satisfaction in older adults*. Dissertation Thesis. The University of Utah, USA.
- Staudinger, U. M., Fleeson, W. & Baltes, P. B. (1999). Predictors of subjective physical health and global well being: Similarities and differences between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 305-319.
- Tatara, T. (1993). Summaries of the statistical data on elder abuse in domestic settings for FY90 and FY91. Washington, DC: National Aging Resource Center on Elder abuse.
- Victoria, C. R., González, M., Fernández, J. & Ruiz, V. (2005). Calidad de vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. *Revista de Psicología Iztacala*, 8(3).
- Willits, F. K. & Grider, D. M. (1988). Health rating and life satisfaction in the later middle years. *Journal of Gerontology*, 45(5), 172-176.

