

## Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados

Cristina Molina Sena, Juan Carlos Meléndez Moral\* y Esperanza Navarro Pardo

Universitat de València

**Resumen:** La mejora de la calidad de vida debe constituir un objetivo prioritario en la intervención con las personas mayores. De este modo y como objetivo general para nuestro trabajo se analizaron las diferencias que existen en una muestra de 111 ancianos institucionalizados y no institucionalizados, en uno de los elementos que componen la calidad de vida, el bienestar. Como principales resultados destacaron el inferior nivel de satisfacción que tienen los institucionalizados en los aspectos relacionales así como la insatisfacción que les producen los aspectos relativos a la seguridad. Además, se observó que mientras en el bienestar psicológico no existen diferencias entre ambos grupos, los factores propios del bienestar subjetivo mostraron diferencias, siendo las puntuaciones de los ancianos institucionalizados inferiores.

**Palabras clave:** Calidad de vida; bienestar; satisfacción; institucionalizados.

**Title:** Well-being and life quality among old people living and not living in institutions for the elderly.

**Abstract:** Life quality improvement should constitute a priority in intervention with the elderly. In order to accomplish this objective a careful consideration of potential differences between elder people living in institutions and those living within a familiar context, with respect to well-being, is needed to better plan psychological interventions. Therefore a comparison of both groups of elder people was performed. Results shown a lower level of satisfaction of the group living in institutions compared to those living in a family context. Concretely, differences were found in social relationships and support and also perceived security levels. With respect to well-being, there were no differences between both groups in psychological well-being, but elder people living in institutions had lower level of subjective well-being than those living within a familiar context.

**Key words:** Life quality; well-being; satisfaction; elderly living in institutions.

### Introducción

Según Villar, Triadó, Solé, y Osuna (2003), las personas mayores se encuentran situadas en un momento vital en el que la vida está limitada en un sentido cuantitativo, ya que las probabilidades de enfermedad y disfunción aumentan, aunque tal y como indican Izal y Montorio (1999), en términos globales, parece ser que las personas mayores manejan mejor la enfermedad crónica que las personas de menos edad, ya que una mayor experiencia de afrontamiento de situaciones lleva a desarrollar habilidades más eficaces, si bien se debe tener en cuenta, según Stefani y Feldberg (2006), que las personas mayores que viven en sus domicilios cuentan con más recursos adaptativos que los sujetos institucionalizados. De este modo la intervención con los mayores para mejorar su calidad de vida, al igual que en los nuevos planteamientos sobre valoración geriátrica, no sólo debe centrarse en medidas de salud física ya que otro tipo de variables de orden psicológico influyen directamente, no sólo en la propia calidad de vida, sino también en la modificación de esas variables de carácter meramente físico.

En este sentido, nos parece importante señalar cómo el concepto de plasticidad comportamental, establecido como una de las bases del envejecimiento con éxito e introducido por Baltes y Baltes (1990) es clave para entender la dinámica de ganancias y pérdidas en el desarrollo, ya que se expresa como una medida de adaptación a las demandas y cambios que se producen durante el proceso del envejecimiento. Así, y al igual que en otros momentos del desarrollo, la capacidad de cambio y adaptación a las nuevas situaciones es fundamental para un desarrollo óptimo.

En la edad avanzada, los problemas de salud constituyen un tipo de situación estresante habitual y, por tanto, esperable para la persona, por lo que la adaptación debería resultar más fácil por lo predecible de la situación, siempre teniendo en cuenta que la fase de la enfermedad y el tipo de enfermedad matizarán esta adaptación. La cuestión estriba en qué tipo de estrategias son las que pueden ayudar a que este momento del ciclo vital se realice con éxito.

Para Triadó (2003), existe una tendencia evolutiva hacia un tipo de estrategias adaptativas sustentadas en mayor medida en la acomodación que en la asimilación. Así, los mayores tienden a redefinir y reestructurar la percepción de uno mismo y de la situación, de manera que la sustitución de unos objetivos por otros más realistas ayude a optimizar los recursos y a tener un mayor control de la situación.

Dentro de este marco de optimización de los recursos personales, la mejora de la calidad de vida parece ser una de claves para intervenir en población anciana. Pero este concepto, no siempre bien definido, ha ido sufriendo claras modificaciones propiciadas tanto por las demandas sociales, debidas al aumento demográfico de la población mayor, como por la experiencia de intervención en el campo de la psicogerontología y de las ciencias de la salud.

En el contexto español, en cuanto a intervención se refiere, para Yanguas (2006) se ha pasado de los modelos benéfico-asistenciales (décadas anteriores a los años ochenta) a los modelos paternalistas y hosteleros que imperaron a principios y mediados de los ochenta y, de estos últimos, a modelos que progresivamente asumen que la calidad de vida de la persona mayor y su familia deben constituir el objetivo principal en el que se debe basar toda la atención a la vejez de este nuevo siglo XXI. Si bien en el contexto de esta investigación este modelo todavía no puede compararse, sí debería convertirse en un objetivo prioritario de cara a la intervención y optimización de las residencias de la República Dominicana.

\* **Dirección para correspondencia** [Correspondence address]: Juan Carlos Meléndez Moral. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universitat de València. Av. Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia (España). E-mail: [melendez@uv.es](mailto:melendez@uv.es)

Para Yanguas (2006), la calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos, incluye un número diverso de ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivo y otorga un peso específico diferente a los distintos ámbitos de la vida considerados más importantes para algunas personas que para otras. En este mismo sentido, Terol et al. (2000) indican que existe acuerdo en cuanto a que la calidad de vida, como constructo, debe evaluarse atendiendo a aspectos físicos, sociales y psicológicos por un lado y, por otro lado, a la subjetividad de quién informa, es decir, tal y como el paciente los percibe.

Según Iglesias-Souto y Dosil (2005), la concepción de calidad de vida en la vejez debe incluir tanto componentes de competencia conductual como de salud, así como el funcionamiento y la implicación social y también el bienestar subjetivo, las impresiones subjetivas de calidad de vida, como la satisfacción vital, y los factores ambientales. En este mismo sentido, Birren y Schaie (2001), Belsky (2001) o Izal y Montorio (1999), indican que la calidad de vida relacionada con la salud, debería analizar el funcionamiento físico, social, cognitivo y afectivo de las personas mayores que son variables clave a la hora de entender la edad avanzada.

Para Lawton (2001), y su modelo ecológico de calidad de vida, se hace necesario evaluar la existencia de cuatro categorías que determinan el nivel de calidad. La primera de estas categorías hace referencia a la calidad de vida física, un dominio centrado en lo biológico donde es importante analizar los estados de salud así como las limitaciones funcionales y cognitivas. En segundo lugar, nos habla de calidad de vida social, que incluye indicadores relativamente objetivos de relación con el mundo externo. Es decir, sería una perspectiva estructural del apoyo social donde lo que interesa son medidas centradas en el tamaño de la red, la frecuencia de contactos o la participación en actividades. En tercer lugar se plantea la calidad de vida percibida, que se centraría en los aspectos más funcionales del apoyo social, representados en la valoración subjetiva de la calidad de vida social, de las relaciones familiares y de los amigos. Por último habla de calidad de vida psicológica, centrada en lo que diferentes autores han denominado bienestar subjetivo, componiéndose por tanto de los posibles afectos positivos y negativos y de la percepción de satisfacción.

Tal y como podemos observar a través de estas definiciones, uno de los elementos centrales en la evaluación de la calidad de vida parece ser el bienestar que percibe la persona, aspecto en el que se va a centrar nuestro trabajo. En esta misma línea, Cava y Musitu (2000) afirman que no sólo es relevante mantener un estado de salud física sino que también es importante disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social. Además, no debemos olvidar que estas variables se encuentran íntimamente relacionadas entre sí.

Para Villar, Triadó, Solé, y Osuna (2003), existen dos grandes líneas de trabajo en el concepto de bienestar, la que se centra en el denominado bienestar subjetivo (concepción

hedonista) y la que plantea el concepto de bienestar psicológico (concepción eudaimonista).

El bienestar subjetivo, es entendido como el resultado de un balance global entre el placer y el displacer y se compone de aspectos como la felicidad o el resultado de los estados positivos y negativos (componente afectivo emocional) y la satisfacción vital o valoración de la trayectoria vital (componente cognitivo). Esta medida de bienestar subjetivo, apoyada en la experiencia subjetiva, parece no experimentar grandes cambios con la edad, manteniendo la estabilidad en la satisfacción vital y existiendo pocos cambios en los estados afectivos.

Respecto al bienestar psicológico, más asociado al logro de nuestras metas, Ryan y Deci (2001), lo sitúan en el proceso de consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas y no tanto en las actividades placenteras o displacenteras.

Respecto a la trayectoria evolutiva de las medidas de bienestar definidas por Ryff (1989), según Villar, Triadó, Solé, y Osuna (2003), algunas dimensiones muestran claros efectos de la edad, mientras otras permanecen estables. Así, de las dimensiones que permanecen relativamente estables, encontramos la autoaceptación y las relaciones positivas con los otros. Por lo que respecta a la dimensión competencia ambiental, tiende a ser más alta en las personas mayores y de mediana edad que en los jóvenes, pero permanece estable de la mediana edad a la vejez. Un patrón similar sigue la dimensión autonomía, aunque en este caso el crecimiento de la juventud a la mediana edad es menos acusado. Por último, las restantes dos dimensiones, propósito en la vida y crecimiento personal, típicas del bienestar psicológico, muestran un decrecimiento a lo largo de los diferentes momentos vitales estudiados, siendo éste especialmente acusado al comparar personas de mediana edad y personas mayores.

Como objetivo general para nuestro trabajo pretendemos aproximarnos al concepto de bienestar, como componente de la calidad de vida, analizando las diferencias que existen entre personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas.

## Método

### Participantes

La muestra está constituida por 111 personas de nacionalidad dominicana, con edad superior a 65 años y que mantenían condiciones normales de salud, tanto física como mental. En cuanto al sexo un 45% son hombres y un 55% son mujeres. Respecto a la distribución por edades, un 5.1% tiene entre 65 y 69 años, un 20.7% entre 70 y 74, un 16.2% entre 75 y 79 y un 25.2% más de 80. El estado civil de la muestra está distribuido de la siguiente forma: un 26.1% son casados, un 33.3% son viudos y un 27.9% solteros. En lo referente a los estudios encontramos un 22.5% sin estudios, un 46.8% con estudios primarios, un 13.5% con estudios secundarios, un 3.6% con estudios técnicos, un 6.3% con es-

tudios universitarios y un 6.3% con postgrado. Respecto al lugar donde vive un 83.8% son no institucionalizados y un 16.2% sí lo están.

### Objetivos

- Comparar los aspectos cualitativos generadores de satisfacción e insatisfacción en población anciana institucionalizada y no institucionalizada.
- Analizar si existen diferencias en los factores de bienestar según la adaptación de la escala de Ryff (1989) realizada por Molina y Meléndez (2006), entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados.

### Instrumentos de recogida de información

Para nuestro primer objetivo, nos interesaba conocer las percepciones de los mayores, tanto institucionalizados como no institucionalizados, acerca de su propio bienestar, expresadas desde la subjetividad y experiencia personal.

En primer lugar, y para la obtención de parte de la información, se diseñó una entrevista que tenía como objetivo recabar información acerca de cómo las personas de edad avanzada perciben su satisfacción e insatisfacción personal desde su experiencia de vida particular, quedando definidas en las siguientes dos preguntas: ¿Cuáles son las cosas, experiencias, que le dan mayor satisfacción en esta etapa de la vida? ¿Cuáles son los aspectos que le provocan insatisfacción en esta etapa de la vida?

Para el desarrollo del segundo objetivo, se utilizó una adaptación de la escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), realizada por Molina y Meléndez (2006). La escala está compuesta por 43 ítems, que saturan en cinco factores: autoaceptación, dominio del ambiente, crecimiento personal, relaciones positivas con otros y autonomía, quedando la dimensión original de propósito en la vida reflejada parcialmente en los otros factores. La varianza explicada para estos cinco factores es del 47.70. Los resultados de la prueba KMO fueron de .736 y la prueba de esfericidad de Bartlett obtuvo una significación de  $p < 0.001$ . Respecto al análisis de la fiabilidad de cada uno de los factores se obtuvieron valores entre .608 y .871 al aplicar el alfa de Cronbach.

Si bien, tal y como indican Prieto y Muñiz (2000), se considera satisfactoria la consistencia interna de una escala cuando es mayor de 0,70, indicar que en los diversos estudios analizados generalmente se encuentran las dimensiones de la escala por debajo de esta puntuación. Así, las puntuaciones obtenidas por Triadó (2003), oscilan entre 0,59 y 0,75, siendo los factores crecimiento personal (0,59), autonomía (0,65) y propósito en la vida (0,69) lo que están por debajo de lo recomendable. En un trabajo posterior en el contexto español para la adaptación de las escalas, Triadó, Villar, Solé y Osuna (2005) obtienen puntuaciones que oscilan desde 0,68 en relaciones positivas con otros a 0,51 en autonomía. Por su parte, Díaz et al. (2006) encuentran resultados más

satisfactorios, obteniendo unos alfas entre 0,83 y 0,68, esta última para el factor crecimiento personal.

### Proceso de recogida de la información.

Tanto la adaptación como la validación del formato de la entrevista y el entrenamiento se llevaron a cabo con 30 orientadores y psicólogos del país, los cuales fueron los responsables de realizar la misma. Durante el proceso de validación, se tomó en consideración que aparecerían muchas personas analfabetas o con bajos niveles de escolaridad, lo cual corroboró la idea de que la entrevista era un buen mecanismo para la recogida de información. Además se diseñó un protocolo previo de diálogo, orientado a establecer la comunicación y animar a aquellas personas con menos disposición de participar.

La entrevista se realizó de manera directa, previa cita y con los permisos de las personas que participaban en el estudio. El tiempo estimado de aplicación fue aproximadamente de 20 minutos por persona para la entrevista. Además, se aplicó en el momento de recogida de la información el criterio de triangulación, que consiste en el uso de múltiples observadores más que observadores singulares de un mismo objeto. Al triangular, los observadores logran reducir el sesgo potencial que pudiera provenir de una sola persona y se asegura una considerable confiabilidad en las observaciones. De forma paralela se les aplicó la escala de bienestar personal, que al ser una adaptación con menor número de ítems, reducía el tiempo de aplicación.

### Tratamiento y análisis de la información.

Para el análisis de los datos cualitativos se partió de un proceso de codificación abierta siguiendo las pautas establecidas por Strauss y Corbin (1998), donde las categorías surgen de los mismos datos y se organizan en función de determinadas características y propiedades que permiten fragmentar y reconstruir la información, dentro de un esquema lógico, sistemático y con alcance explicativo, pudiendo establecer un esquema interpretativo a partir de semejanzas y contrastes.

Por lo que se refiere al proceso y tratamiento concreto de los datos, éste fue realizado por un grupo de cuatro personas (de entre los entrevistadores), que bajo la dirección del investigador principal, llevaron a cabo el análisis, registro y ordenamiento de las respuestas y la denominación de las categorías. Posteriormente, fueron organizadas en función de las frecuencias y de la afinidad con los temas a que hacían referencia. Se siguió además el método de consenso interjueces como sistema para mejorar la fiabilidad.

De esta manera, primero se realizó la transcripción de las entrevistas, ordenando y organizando los textos. Posteriormente se establecieron los criterios y formatos de registro de resultados a partir de los cuales se elaboraron las categorías. En esta fase se tuvieron en cuenta los criterios de pertinencia y relevancia establecidos desde la triangulación hermenéutica

de la información. Finalmente, la información fue organizada a partir de las unidades de análisis, que en este caso fueron las cuestiones base de la entrevista, y siguiendo el criterio de confirmabilidad.

Además se analizaron las relaciones entre las variables institucionalizado y no institucionalizado con las categorías comunes tanto de satisfacción como de insatisfacción, empleándose pruebas de chi-cuadrado, con medidas de V de Cràmer para evaluar el tamaño del efecto.

Por lo que se refiere a la escala de bienestar personal los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS 14.

## Resultados

### Comparar el nivel de las variables generadoras de satisfacción e insatisfacción en población anciana institucionalizada y no institucionalizada.

Para la obtención de los resultados cualitativos del total de la información acerca de cuáles son las variables generadoras de satisfacción e insatisfacción, tal y como se indicaba, se realizó un proceso de codificación abierta para fragmentar y reconstruir la información, de forma que se obtuvieron cinco categorías a partir de las unidades de análisis. Las cinco categorías fueron: aspectos relacionales, diferenciando los familiares de los sociales, aspectos valorativos y actitudinales,

aspectos recreativos y aspectos relacionados con la seguridad personal.

Respecto a la primera de las cuestiones de la entrevista de la que se obtuvo información, “¿Cuáles son las cosas, experiencias, que le dan mayor satisfacción en esta etapa de la vida?”, se analizó en primer lugar la relación entre institucionalizados y no institucionalizados con las cinco categorías obtenidas, para los aspectos de satisfacción, apreciándose diferencias significativas entre ambas variables ( $\chi^2_4 = 11.07, p < .001, V = 0.20$ ).

Tal y como se puede observar en la figura 1, existe una clara diferencia tanto en el nivel como en los aspectos valorados por ambos grupos. Si bien para ambos grupos los aspectos relacionales, tomados de forma global, son fundamentales (no institucionalizados 50.4% e institucionalizados 28.1%), en el caso de los sujetos no institucionalizados los aspectos familiares destacan sobre los demás, con un 33.3%, seguido de los aspectos sociales y de los aspectos relacionados con la seguridad (17.1%), y de los aspectos valorativos y los recreativos con un 16.3%.

En cambio, para los institucionalizados, son los aspectos sociales los de mayor satisfacción (25%), seguidos de los valorativos que obtienen un 18.7%, los recreativos con un 12.5%, mientras que los aspectos que tienen que ver con la seguridad personal tan sólo obtienen un 9.4% y los relacionales de tipo familiar un 3.1%.

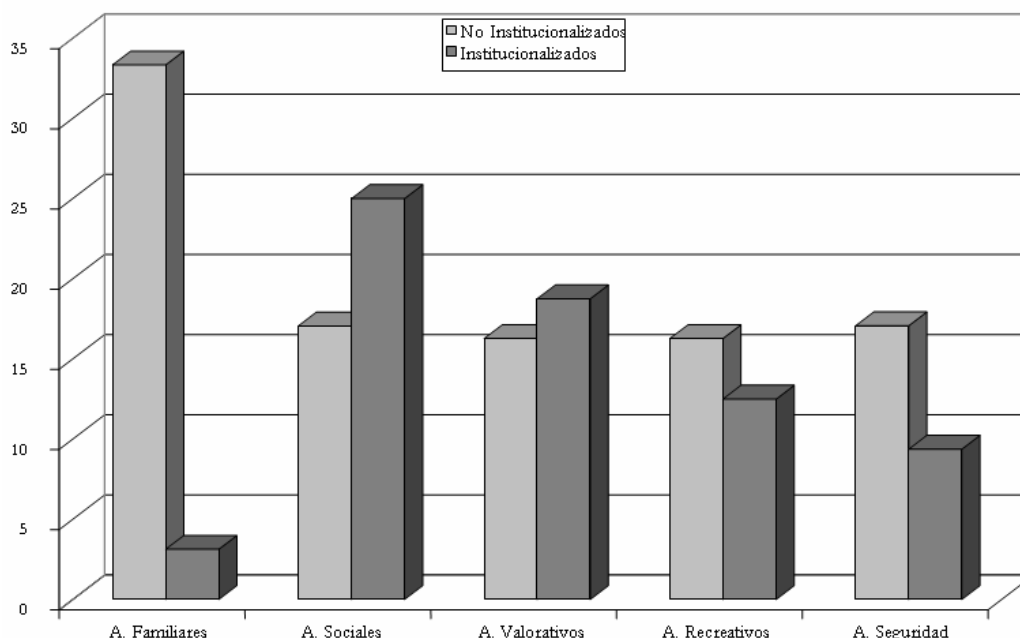


Figura 1: Porcentaje de aspectos de producen satisfacción en ancianos no institucionalizados e institucionalizados.

En relación con la segunda de las cuestiones de la entrevista, “¿Cuáles son los aspectos que le provocan insatisfacción en esta etapa de la vida?”, al analizar la relación entre

institucionalizados y no institucionalizados con las cinco categorías obtenidas, para los aspectos de insatisfacción, se

apreció una relación significativa entre ambas variables ( $\chi^2_4 = 22.74$ ,  $p < .001$ ,  $V = 0.32$ ).

Además, podemos observar en la Figura 2 cómo, en el caso de los institucionalizados, los aspectos de seguridad personal obtienen un alto porcentaje (51.7%), seguido por los aspectos relacionales con 35%, (un 3.6% de lo familiar y un 33.9% de lo social), mientras que los valorativos obtienen

un 13.3% y los recreativos un 0.5%. En cambio, en el caso de los no institucionalizados, se mantienen porcentajes similares en los diferentes aspectos: valorativos (30.3%), relacionales (29.7%, un 17.3% de lo social y un 12.4% de lo familiar), de seguridad (29.7%), encontrándose en último lugar los aspectos recreativos (10.5%).

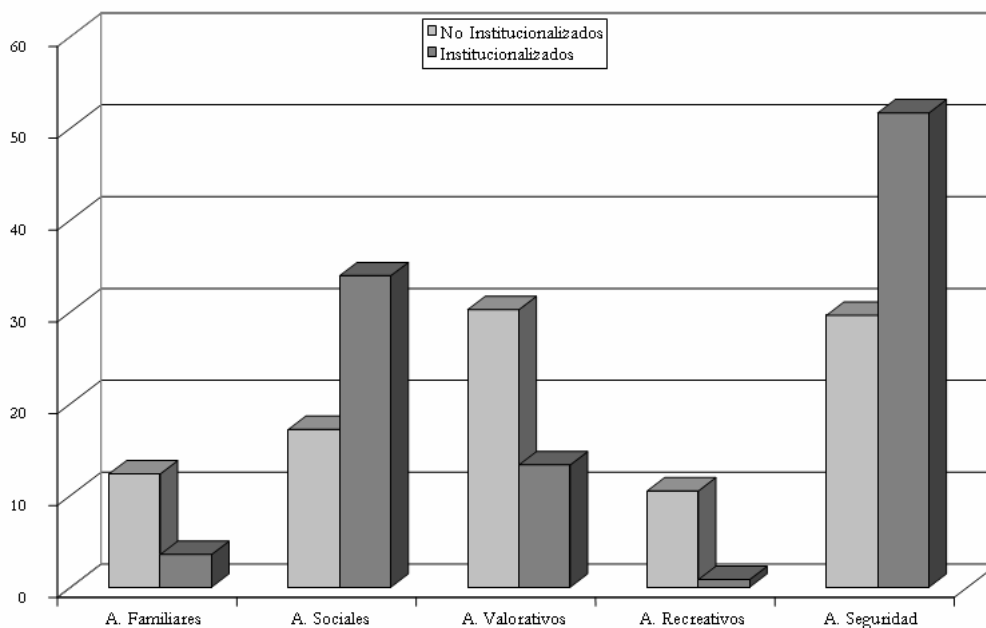


Figura 2: Porcentaje de aspectos que producen insatisfacción en ancianos no institucionalizados e institucionalizados

### Analizar si existen diferencias en los factores de bienestar según la escala de Ryff entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados.

Para el análisis de las diferencias, se realizó en primer lugar una prueba t para muestras independientes entre los fac-

tores de la escala y la situación de institucionalización, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para los factores dominio del ambiente (.000), relaciones positivas con los demás (.000) y autonomía (.048). A continuación, en la tabla 1, se muestran los estadísticos básicos de los factores significativos.

Tabla 1: Estadísticos básicos de los factores significativos.

		<i>n</i>	Media	Desviación típica	Error típico de la media
Dominio ambiente	no institucionalizado	93	4.74	.67	.07
	institucionalizado	18	3.55	1.08	.26
Relaciones positivas con los demás	no institucionalizado	93	4.94	.63	.07
	institucionalizado	18	4.10	1.07	.25
Autonomía	no institucionalizado	93	4.55	.80	.083
	institucionalizado	18	4.10	1.18	.28

Posteriormente y para el análisis de estas diferencias, a partir de la media y desviación típica, se establecieron cuatro niveles para cada uno de los factores, definiéndose las siguientes categorías: muy bajo, bajo, alto y muy alto. Después se cruzaron los niveles de los factores con la condición de institucionalizado o no institucionalizado.

Por lo que se refiere al factor Dominio del ambiente, tal y como se puede observar en la Tabla 2, ambos grupos siguen tendencias diferentes. De este modo, los institucionalizados mantienen sus más altos porcentajes en los niveles inferiores del factor, encontrándose un 77.8% en los niveles bajo y muy bajo, mientras que para el grupo de no institucionalizados los niveles alto y muy alto obtienen un 67.2%.

**Tabla 2:** Porcentajes obtenidos en los niveles del factor Dominio del ambiente.

	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
no institucionalizados	7.9%	27.0%	51.7%	13.5%
institucionalizados	55.6%	22.2%	16.7%	5.6%

En relación al factor Relaciones positivas con los demás, tal y como se puede observar en la Tabla 3, también las tendencias siguen trayectorias diferentes ya que si bien para el grupo de no institucionalizados el 65.6% se encuentra en los niveles alto y muy alto, para el grupo de institucionalizados el 72.2% se encuentra en los niveles de bajo o muy bajo.

**Tabla 3:** Porcentajes obtenidos en los niveles del factor Relaciones positivas con los demás.

	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
no institucionalizados	9.7%	24.7%	54.8%	10.8%
institucionalizados	44.4%	27.8%	16.7%	11.1%

Por último, en el factor Autonomía, tal y como se observa en la Tabla 4, aunque las diferencias no son tan grandes como en los factores anteriores, ambos grupos siguen tendencias distintas, así, el 57% del grupo de no institucionalizados, se encuentra en los niveles alto y muy alto, mientras que el 55.5% del grupo de institucionalizados se encuentra en los niveles de bajo o muy bajo.

**Tabla 4:** Porcentajes obtenidos en los niveles del factor Autonomía.

	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
no institucionalizados	14.0%	29.0%	39.8%	17.2%
institucionalizados	33.3%	22.2%	33.3%	11.1%

## Discusión

Con respecto a la parte cualitativa del trabajo, destaca en primer lugar cómo el aspecto relacional, de forma global, es claramente superior en los sujetos no institucionalizados, los cuales además obtienen el porcentaje más alto en la percepción de bienestar desde el apoyo familiar.

Debemos tener en cuenta que el apoyo es un factor importante dentro del concepto de bienestar y de envejecimiento óptimo y, por tanto, de la calidad de vida, siendo también un facilitador de las conductas de promoción de la salud y disminuyendo el riesgo de mortalidad. Además, tiene efectos beneficiosos a la hora de enfrentarse a situaciones estresantes que requieren adaptación, actuando como una variable moderadora frente a los posibles cambios negativos en el estado de salud, físico y mental del sujeto.

En este sentido, nuestros datos corroboran los obtenidos por el INSERSO (1995), según los cuales, siendo el 71.9% del apoyo recibido por parte de los ancianos obtenido desde el apoyo informal, es la familia cercana (cónyuge e hijos) la

mayor proveedora (63.8%), seguida de parientes, amigos y vecinos, que asumen un 8.1% del total. De este modo, parece claro que, como un objetivo de intervención en las residencias, se debería promocionar la relación y el contacto familiar para facilitar la mejora del apoyo en las personas institucionalizadas.

Por otra parte, se puede observar que la satisfacción obtenida por los aspectos relacionales de tipo social, es más elevada en los sujetos institucionalizados que en los no institucionalizados, pero también se debe indicar que mantienen un porcentaje alto de insatisfacción. Desarrollarse dentro de un entorno de institucionalización implica relaciones sociales diarias, pero éstas no son elegidas sino que vienen dadas, así, aunque su cantidad pueda ser más elevada, su calidad no tiene porqué serlo, de ahí la alta insatisfacción que puedan producir.

Un segundo dato a destacar tiene relación con los aspectos de seguridad en los ancianos institucionalizados, que obtienen el más bajo porcentaje de satisfacción y el más alto, claramente, de los de insatisfacción. Algo que no ocurre con los no institucionalizados, que en ambos casos obtienen porcentajes parecidos a los resultantes en otras áreas.

Hay que señalar que la percepción de seguridad tiene mucho que ver con el entorno en el que nos desarrollamos, de modo que existen entornos facilitadores y restrictores. Según un trabajo de Iglesias-Souto y Dosil (2005), los elementos más importantes para los residentes en relación con su satisfacción con el centro tienen que ver, fundamentalmente, con el entorno físico en el que se encuentran, especialmente con su habitación, la cual puede representar el espacio personal y privado equivalente al hogar en el centro; con la calidad del cuidado que reciben por parte del personal del centro, y con la interacción social que mantienen con los demás residentes y con el personal.

Además, debemos tener en cuenta que la sensación de estrés aumenta cuando nos enfrentamos a contextos que nos exigen adaptarnos y no disponemos de los mecanismos y estrategias necesarios, no sólo para afrontarlos o compensarlos, sino incluso para realizar la propia transición desde el hogar hasta la institución.

Para Schulz y Heckhausen (1998), las estrategias de control primario se centran en la cognición o percepción de en qué medida las acciones de cada persona afectan a lo que ocurre en el mundo externo de uno, y las de control secundario se centran en la cognición o percepción de los mecanismos de control internalizados. Así, estos autores, han sugerido que los individuos intentan ejercer un control primario sobre su entorno, de forma que lo que experimentan es, en gran parte, una consecuencia de sus propias conductas, lo cual no es posible en un ambiente donde las conductas están frecuentemente mediatizadas por la estructura de la propia institución.

Además, según Schulz y Heckhausen (1998), estas estrategias muestran trayectorias diferentes a lo largo del ciclo vital, de manera que mientras las de control primario se desarrollan durante la infancia y adolescencia, sólo al principio

de la edad adulta aumentan las de control secundario, y finalmente con la edad, cada vez se es más selectivo con respecto a en qué áreas de la vida se centran las estrategias de control, hipotetizándose que son las de control secundario las que predominan en los últimos años.

Pensamos, al igual que Baltes y Carstensen (1999) y Baltes (1996), que en muchos casos, el anciano aprende a ser dependiente y que la dependencia es el resultado de tipos concretos de intercambios entre el anciano y su entorno social. Pero también que, tal y como indica Bandura (1997), las creencias de las personas en su autoeficacia o independencia se pueden aumentar, por ejemplo mediante experiencias de dominio. Es decir, la realización con éxito de tareas que supongan un reto aumenta el sentido de competencia, y además, también los fracasos y las dificultades pueden ser útiles para enseñar a las personas a perseverar ante la adversidad. Además, las creencias sobre la propia competencia se pueden aumentar observando modelos, al ver a otras personas parecidas a uno realizar con éxito la tarea mediante un esfuerzo mantenido. Finalmente, el apoyo social y el refuerzo son útiles para aumentar la autoeficacia. Según Baltes (1996), si se refuerza a los individuos por actuar de forma independiente y asumir responsabilidades en sus necesidades, se aumentará su sentimiento de autoeficacia.

Por lo que se refiere la parte cuantitativa del trabajo, nos parece importante señalar, en primer lugar, que los tres factores que obtienen diferencias estadísticamente significativas (dominio del ambiente, relaciones positivas con los demás y autonomía) entre los ancianos institucionalizados y no institucionalizados son propios del bienestar subjetivo.

Tal y como indicábamos, el bienestar subjetivo se asocia a un concepto que incluiría fenómenos como las respuestas emocionales de las personas en un determinado momento vital, satisfacciones respecto a cada dominio de la vida o una valoración global respecto a la propia vida, es decir, unificaría un componente afectivo (positivo y negativo) y otro cognitivo (evaluativo).

Así, la baja puntuación obtenida por los sujetos institucionalizados puede ser debida, tal y como indica Triadó (2003) a que, con independencia de los ambientes y las condiciones objetivas, las personas responden ante las condiciones tal y como son subjetivamente percibidas.

Para Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), los juicios de bienestar serían el resultado de comparar la situación actual en la que está la persona con ciertos estándares, entre los que estarían incluidos la condición percibida en la que están otras personas que nos sirven de referencia, nuestros propios estados en el pasado y nuestros ideales, necesidades o aspiraciones de satisfacción. Cuando nuestro estado presente no llega al nivel de estos estándares, nuestro bienestar tendería a ser bajo, mientras que cuando sobrepasa los estándares, tendería a ser alto. De esta manera, según Rapkin y Fischer (1992), las aspiraciones y metas de las personas adquieren una gran importancia como término de comparación que influye en el bienestar.

Además, estos datos están en relación directa con los obtenidos en la parte cualitativa, en la que los sujetos institucionalizados, además de mostrar insatisfacción con las relaciones de apoyo, obtenían un alto porcentaje en la sensación de seguridad, lo cual estaría vinculado al dominio del ambiente y a la autonomía.

Por otra parte, también nos parece importante detenernos en el hecho que indica Triadó (2003), según la cual, el bienestar subjetivo como medida global parece no experimentar cambios significativos asociados a la edad, ni en estudios de tipo transversal ni en estudios longitudinales; en cambio, las dimensiones propias del bienestar psicológico muestran un decremento a lo largo de los diferentes momentos vitales estudiados, siendo éste especialmente acusado al comparar personas de mediana edad y personas mayores.

En nuestro caso, observamos que en la medida de bienestar psicológico utilizada en la escala no aparecen diferencias significativas entre ambos grupos, es decir, siguiendo la pauta de otros trabajos, se supone que ambos grupos obtienen puntuaciones inferiores a los sujetos de mediana edad. En cambio, en el caso de los factores del bienestar subjetivo, que deberían ser estables con la edad, se muestra un decremento en el caso de los institucionalizados, cuando deberían mostrar puntuaciones similares a las obtenidas por los no institucionalizados.

Una posible causa de este descenso puede estar en el tipo de estrategias adaptativas utilizadas. Según Brandtstädter y Renner (1990), la adaptación del sujeto está fundamentada en dos tipos de estrategias, las asimilativas y las acomodativas.

Los mecanismos de asimilación pueden ponerse en marcha bien cuando nos suceden ciertos acontecimientos o nos encontramos ante situaciones que nos alejan de los objetivos deseados o de estados valorados por nosotros (con lo que sería un proceso compensatorio para volver al estado anterior), bien a partir de movimientos autoiniciados, elevando nuestro nivel de aspiración o estableciendo objetivos nuevos cuando algunos de ellos ya los hemos conseguido.

Por su parte, lo que hace la acomodación es retirar valencias positivas de las metas y/o considerar las dificultades o costes de la consecución de esas metas. El resultado es su abandono y sustitución por otras.

Así, mientras la asimilación mantiene las metas y compromisos incluso ante obstáculos situacionales, intentando poner en marcha acciones intencionales para conseguirlos, la acomodación implica el ajuste no intencional de preferencias y metas a partir de la percepción de restricciones situacionales o de la percepción de unos recursos personales insuficientes para conseguir metas antes valoradas.

En este marco, y tal y como indicábamos, parece que existe una tendencia evolutiva hacia un tipo de estrategias adaptativas sustentadas en mayor medida en la acomodación que en la asimilación. En el caso de los ancianos institucionalizados, la aplicación de unas estrategias acomodativas, es decir, un ajuste de preferencias y metas antes las exigencias

situacionales, es lo que lleva una percepción menor de bienestar. De este modo se hace necesaria la aplicación de estrategias asimilativas que aproximen al sujeto a un estado más valorado por la propia persona y ayuden a compensar los posibles efectos negativos generados por la propia institucionalización como son, entre otros y según el IMSERSO (2006), la pérdida de contacto con la realidad, la falta de responsabilidades y de la toma de control sobre todos los aspectos relacionados con las tareas de la vida cotidiana.

Como conclusión final de este trabajo, nos parece importante señalar que resulta necesario que se facilite el desarrollo del bienestar personal en los ancianos institucionalizados, tanto estableciendo mecanismos que mejoren los aspectos relacionales y, sobre todo, los familiares, como mejorando la sensación de seguridad personal de manera que se op-

timice el dominio del ambiente así como la autonomía personal.

Finalmente indicar que una limitación de este trabajo es el no haber sido diseñado exclusivamente para comparar ancianos institucionalizados y no institucionalizados, por lo que en posteriores investigaciones sería recomendable ampliar el número de sujetos institucionalizados. Por otra parte debemos indicar que ésta es una de las primeras aproximaciones al estudio del bienestar con población dominicana, y si bien el instrumento ha sido utilizado de forma exploratoria, pensamos que sería recomendable aumentar la muestra, de manera que se pudiera trabajar mediante modelos de ecuaciones estructurales, tal y como en otros ámbitos científicos se está realizando.

## Referencias

- Baltes, M.M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Baltes, M.M. y Carstensen, L.L. (1999). Social-psychological theories and their application to aging: from a individual to collective. En V.I. Bengtson y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 209-226). Nueva York: Springer Publishing Co.
- Baltes, P.B. y Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. En P.B. Baltes y M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Nueva York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ed. Paraninfo.
- Birren, J.E. y Schaie, K.W. (2001). *Handbook of the psychology of aging* (5th ed). San Diego, CA: Academic Press.
- Brandstädter, J. y Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58-67.
- Cava, M. J. y Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10(4), 215-221.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. y Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Iglesias-Souto, P.M. y Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(2), 85-91.
- IMSERSO (2006). *Institucionalización y dependencia*. Madrid: IMSERSO, Colección Estudios: Serie Dependencia.
- IMSERSO (1995). *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Izal, M. y Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Ed. Síntesis.
- 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* (5th ed). San Diego, CA: Academic Press.
- Molina Sena, C. y Meléndez, J.C. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Revista Iberoamericana de Gerontología y Geriatría, Geriatrika*, 22(3), 97-105.
- Prieto, G. y Muñoz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-75.
- Rapkin, B.D. y Fischer, K. (1992). Framing the construct of life satisfaction in terms of older adults' personal goals. *Psychology and Aging*, 7, 138-149.
- Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic wellbeing. *Annu. Rev. Psicol.*, 52, 141-66.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything: or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Schulz, R. y Heckhausen, J. (1998). Emotion and control: A life-span perspective. En K.W. Schaie y M.P. Lawton (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (Vol. 17, pp. 185-205). Nueva York: Springer Publishing Co.
- Stefani, D. y Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes Argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 22(2), 267-272.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1998) *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. London: SAGE publications.
- Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A., Mora, M., Martín-Aragón, M., Leyda-Menéndez, J.I., Neipp, M.C. y Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de psicología*, 16(2), 111-122.
- Triadó, M.C. (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, nº 19. [Fecha de publicación: 13/06/2005].
- Villar, F., Triadó, C., Solé, C. y Osuna, M.J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 152-162.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C. y Osuna, M.J. (2005). La medida del bienestar en personas mayores: adaptación de la Escala Ryff. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(3), 347-364.
- Yanguas, J.J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid, IMSERSO, Colección Estudios: Serie Personas Mayores.

(Artículo recibido: 15-5-2007; aceptado: 3-7-2008)