

ORIGINAL

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD EN EL BIENESTAR EMOCIONAL COMO DOMINIO DE CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2005 (*)

María Eugenia Prieto-Flores (1), Gloria Fernández-Mayoralas (1), Fermina Rojo-Pérez (1), Raúl Lardiés-Bosque (1), Vicente Rodríguez-Rodríguez (1), Karim Ahmed-Mohamed (1) y José Manuel Rojo-Abuín (2).

(1) Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

(2) Unidad de Análisis Estadístico. Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

RESUMEN

Fundamento: El estudio del estado emocional y los recursos personales para afrontar la vida ha manifestado un interés creciente en el campo de la Calidad de Vida (CdV), dando lugar a investigaciones que evidencian su contribución en la satisfacción con la vida, y su interrelación con dimensiones como la salud, de gran relevancia en la vejez. El objetivo de este trabajo es relacionar el bienestar emocional (en términos de sentimientos y recursos de afrontamiento) con factores sociodemográficos y de salud.

Métodos: Se utilizó una encuesta sobre CdV de población mayor residente en vivienda familiar de la Comunidad de Madrid (CadeViMa-2005). Se aplicaron técnicas de análisis multivariante para crear un indicador de bienestar emocional que integró tanto sentimientos positivos y negativos como recursos personales para afrontar la vida. Se realizó un modelo de regresión logística para estimar la probabilidad de tener un bienestar emocional positivo sobre la base de características sociodemográficas y de salud.

Resultados: Las personas sin problemas de ansiedad o depresión, mostraron cerca de tres veces más probabilidades de valorar positivamente su bienestar emocional que quienes padecían esos problemas. Los mayores que experimentaron una mejora en su salud en relación con los últimos 12 meses indicaron una probabilidad superior a cinco veces de tener un alto bienestar emocional que aquellos que sufrieron un empeoramiento en su salud. Quienes valoraron su salud como muy buena, reflejaron una probabilidad 26 veces mayor de tener un alto bienestar emocional que quienes percibieron su salud negativamente. Las clases sociales media y superiores, mostraron mayores probabilidades de experimentar un bienestar emocional positivo, tres veces por encima de quienes pertenecían a una clase social baja.

Conclusiones: La salud constituye un factor de gran influencia sobre el bienestar emocional, con un papel esencial de la experiencia subjetiva de la salud en su explicación, contribuyendo también la clase social, como indicador del nivel educativo y de la situación socioeconómica.

Palabras clave: Anciano. Afecto. Indicadores del estado de salud. Calidad de vida.

ABSTRACT

Sociodemographic and Health Factors Explaining Emotional Wellbeing as a Quality of Life domain of older people in Madrid, Spain, 2005

Background: The study of the emotional state and personal coping resources has drawn an increasing interest in the Quality of Life (QoL) field. Diverse researches have demonstrated its contribution to satisfaction with life, and the interconnection with other life domains of great importance in ageing, as health is. The aim of this work is to analyze the relationships of emotional wellbeing (in terms of affects and coping resources) with sociodemographic and health factors.

Methods: A survey on QoL among older people living in family housing of Madrid province (CadeViMa-2005) was used. Multivariate analyses were applied for generating an indicator of emotional wellbeing which integrated positive and negative affects, as well as personal coping resources. A logistic regression model was created to explain a positive emotional wellbeing, according to sociodemographic and health characteristics.

Results: People without anxiety or depression problems were around three times more likely to evaluate their emotional wellbeing positively than those who had problems. Older adults whose health was better than in the previous 12 months, seemed to be five times more likely to report a high emotional wellbeing, compared to those who experienced a health decline. Individuals with a very good perceived health status were 26 times more likely of having a high emotional wellbeing than people with a negative health perception. Those with middle and upper social class were three times more likely to experience a positive emotional wellbeing than those belonging to a low social class.

Conclusions: Health greatly influences emotional wellbeing with a relevant role of the subjective experience of health, together with social class as an indicator of educational level and socioeconomic status.

Key words: Aged. Affect. Health Status Indicators. Quality of Life.

Correspondencia:

María Eugenia Prieto Flores
IEGD, CCHS, CSIC.

C/ Albasanz, 26-28, 28037 Madrid (Spain)

Correo electrónico:

mprieto@ieg.csic.es y mprieto.flores@gmail.com

(*) Estudio financiado por el Plan Nacional I+D+I del Ministerio de Ciencia y Tecnología (Ref. BSO2003-00401 y Ref. SEJ2006-15122-C02-01) y por la Dirección General de Universidades e Investigación de la Comunidad de Madrid (Plan Regional I+D+I. Ref. 06/HSE/0417/2004).

INTRODUCCIÓN

Una definición integradora de Calidad de Vida (CdV) es aquella que la considera como un concepto multidimensional que depende de factores personales, del entorno y de su interacción; tiene componentes similares para todas las personas; es medida a través de indicadores subjetivos, como la satisfacción con la salud u otros dominios de vida, y objetivos, como el estatus socioeconómico; y es mejorada por aspectos tales como la autodeterminación, los propósitos en la vida, los recursos y el sentido de pertenencia¹.

Y si bien la CdV se compone de diversas dimensiones interrelacionadas entre sí, las aproximaciones enfocadas sobre dominios específicos son necesarias para profundizar en el estudio de sus características². Así, este estudio, bajo una óptica dominio específica, en el marco de una investigación más amplia sobre CdV global, está dedicado especialmente a aquellos aspectos personales relacionados con el bienestar emocional. La personalidad es un importante factor en la evaluación de la CdV, habiéndose comprobado que la confianza en las propias habilidades y la estabilidad emocional contribuyen a experimentar una mejor CdV³. También se ha demostrado que el estado emocional es un determinante clave en la valoración de la CdV global que interviene en la asociación entre otros predictores con la CdV⁴.

El proceso de envejecimiento supone importantes cambios en la vida de las personas que repercuten en su estado emocional y en su satisfacción con la vida, sin olvidar que en la vejez puede incrementarse el manejo adecuado de los afectos y existir una mayor madurez afectiva⁵. La forma en que los mayores experimentan distintas situaciones dependerá en gran medida de diversos recursos individuales (físicos, materiales, sociales y psicológicos) para facilitar la consecución de obje-

tivos y también para compensar las pérdidas que acompañan el proceso de envejecimiento⁶. Entre los recursos psicológicos de afrontamiento, se destacan los sentimientos de autoestima, la percepción de control sobre las situaciones que se producen en la vida y la habilidad para manejarlas, y la percepción sobre la eficacia o respuesta hacia situaciones imprevistas o estresantes⁷⁻¹⁰. Bajo estas premisas, el presente trabajo incluye variables representativas sobre capacidades personales y reconocimiento externo que favorecerían un mejor afrontamiento de la vida, así como un conjunto de variables sobre el estado de ánimo expresado en sentimientos positivos y negativos. A este respecto, se desea analizar la relación subyacente en ambos grupos de variables.

Entre los distintos dominios de la CdV global, la dimensión emocional tiene un vínculo estrecho con el dominio de salud, tanto en aspectos objetivos (morbilidad) como subjetivos (percepción de y satisfacción con la salud). Por un lado, la salud constituye un factor que influye sobre el bienestar emocional de las personas mayores¹¹, pero existe también evidencia del efecto protector de las emociones positivas en la salud¹² y en la CdV¹³, y de la influencia de actitudes positivas en la aceptación de limitaciones de la salud mediante estrategias de afrontamiento¹⁴. De este modo, la dimensión emocional mantendría una relación mutua de causa y efecto con el dominio de salud.

De acuerdo con lo expuesto, como hipótesis de partida se plantea la existencia de: (1) una asociación positiva entre valoraciones del bienestar emocional y de salud, (2) una relación positiva de la clase social con el bienestar emocional, y (3) una asociación inversa entre dicha dimensión y la edad.

De esta manera, el objetivo del artículo es analizar el vínculo que se establece

entre el estado emocional y los recursos personales para afrontar la vida, como dominio específico de la CdV global, y su relación con distintos factores sociodemográficos y de salud de las personas mayores.

SUJETOS Y MÉTODOS

La fuente de datos utilizada corresponde a una encuesta presencial sobre CdV de la población mayor residente en vivienda familiar de la Comunidad de Madrid (CadeViMa), año 2005. La muestra estuvo formada por 499 personas de 65 y más años de edad, diseñada sobre un universo de 959,993 personas¹⁵ mediante un muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional al tamaño de cada estrato. Los estratos se establecieron por sexo, edad (65-74 años, 75-84 y 85 y más) y tamaño del área de residencia de acuerdo con la zonificación estadística del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (Centro, Norte y Sur del municipio de Madrid; área metropolitana NW, E y S; otras áreas no metropolitanas). El error permitido fue de 4,4%, para una $p \leq 0,05$ con un nivel de confianza del 95%. La encuesta se diseñó como un cuestionario semi-estructurado con preguntas de carácter objetivo y subjetivo de varias dimensiones de la CdV.

La obtención de información para el conocimiento de la dimensión emocional se llevó a cabo a través de dos conjuntos de preguntas que respondieron a objetivos específicos (ver apéndice); el primero, relativo a estados de ánimo, midió la *frecuencia* en cinco niveles (siempre, a menudo, algunas veces, rara vez, nunca) con que los encuestados experimentaban ocho tipos de sentimientos: cuatro positivos (utilidad, seguridad en uno mismo, ilusión y felicidad) y cuatro negativos (intranquilidad o nerviosismo, aburrimiento o apatía, depresión o tristeza y

soledad). El segundo grupo de interrogantes se centró en la *satisfacción* (muy satisfecho, bastante, regular, poco, nada) de los individuos con sus propias capacidades y con las actitudes de la sociedad para con ellos, conformando cinco aspectos esenciales de la dignidad que, a su vez, constituyen recursos que pueden contribuir a un mejor afrontamiento de la vida en la vejez: capacidad para tomar decisiones, libertad para expresar los pensamientos, apariencia física, posición y reconocimiento social, respeto y trato recibido. Tanto el primero como el segundo conjunto de variables se han considerado en este trabajo bajo el epígrafe de **bienestar emocional**. En todos los casos, se trató de variables cualitativas con categorías de sentido métrico, dando mayor valor a la categoría más positiva.

La información obtenida se analizó mediante técnicas de estadística multivariante. En primer lugar se realizó un Análisis Factorial (AF) con las variables del primer grupo y otro con las del segundo grupo, con el propósito de averiguar la estructura de relaciones subyacente entre las variables.

Con el fin de analizar las relaciones que pudieran existir entre los dos grupos de variables se llevó a cabo un Análisis de Correlación Canónica (CanCor), técnica multivariante que resume las relaciones lineales de dos conjuntos de variables muy correlacionados entre sí. Para ello, se crean pares sucesivos de variables buscando la correlación máxima entre todas las combinaciones posibles. El análisis permite que un pequeño número de variables canónicas sea capaz de explicar o resumir las relaciones más importantes existentes entre estos dos conjuntos de variables.

De los resultados obtenidos del análisis se retuvieron las funciones cuyos coeficientes de correlación canónica fueron

estadísticamente significativos a un nivel menor o igual a 0,05, y, a partir de estas variables latentes más explicativas obtenidas, se generó una variable de clasificación de grupos homogéneos de sujetos en cuatro categorías, capaces de resumir las distintas situaciones relativas al estado emocional y los recursos de afrontamiento, sobre la base de las valoraciones positivas y negativas de las personas encuestadas. Esta nueva variable de **bienestar emocional** presentó una correlación positiva (Spearman) de 0,472 con la variable correspondiente a la subescala de depresión de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) (figura 1).

La variable de bienestar emocional fue relacionada con características sociodemográficas mediante Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM), presentándose en este trabajo los que mejor ilustraron la asociación entre las varia-

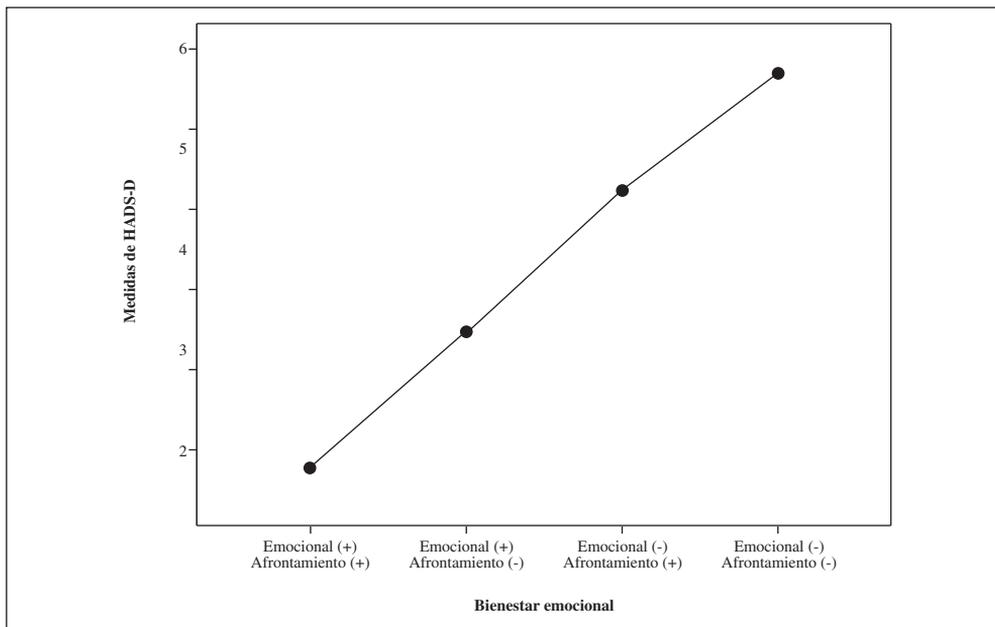
bles, y pruebas de Chi-Cuadrado, fijando una asociación estadísticamente significativa cuando *p-value* fuera $\leq 0,05$, para determinar la significación de las diferencias en el bienestar emocional según el sexo, la edad, el nivel de estudios, la clase social generada a partir del nivel de educación y la condición socioeconómica¹⁶, y la variable subjetiva de percepción sobre la propia edad extensamente utilizada, tal y como Cleaver y Muller han destacado¹⁷.

Para analizar la influencia de las condiciones de salud y los factores sociodemográficos sobre el bienestar emocional positivo, se creó un modelo de regresión logística binaria por pasos hacia delante.

Para las variables de salud se seleccionó un índice de comorbilidad inspirado en la Cumulative Illness Rating Scale – Geriatrics^{18, 19}, el estado de salud percibido, el

Figura 1

Relación entre el bienestar emocional y la subescala de depresión Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS-D ($p < 0,001$)



instrumento EuroQoL, en su fase descriptiva de medida de cinco dimensiones de salud EQ-5D²⁰: problemas o ausencia de problemas en la movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar, ansiedad o depresión, y la valoración del estado de salud hoy comparado con los últimos 12 meses.

RESULTADOS

La proporción de personas que declararon sentirse felices, útiles, ilusionadas o seguras de sí mismas, a menudo o siempre, osciló de un 77,1% (ilusionado) a un 85,5% (seguro), en contraposición a las emociones negativas, según las cuales el porcentaje de mayores que a menudo o siempre admitieron sentirse nerviosos, aburridos, deprimidos o solos, varió entre un 11,3% (nervioso) a un 5,9% (aburrido).

En el conjunto de variables de satisfacción con la capacidad para tomar decisiones, la libertad para expresar los pensamientos, la apariencia física, la posición en la sociedad y el reconocimiento de ésta hacia los mayores, y el respeto y trato reci-

bidos, los valores variaron entre un 95% de personas que expresaron sentirse bastante o muy satisfechas con el respeto y el trato que obtenían de los demás, y un 86,9% en el caso de la satisfacción con la apariencia física.

Los resultados del AF aplicado al primer grupo de variables sobre frecuencia de sentimientos positivos y negativos (tabla 1) presentaron una reducción de la información en tres factores que explicaron el 73,5% de la varianza acumulada total tras la rotación. En el primero de ellos, que explicó el 29,6% de la varianza, correlacionaron de forma directa las variables relativas a los sentimientos positivos (útil, seguro, ilusionado y feliz). El segundo componente explicó el 27,9% de la varianza y estuvo formado por los sentimientos negativos: intranquilo, aburrido y deprimido. Las variables que se apoyaron en el primer factor también entraron en el segundo (especialmente el sentirse ilusionado y feliz), y viceversa, con puntuaciones factoriales más bajas y con signo negativo, indicando la oposición de ambos conjuntos de variables y su correlación en factores distintos. El tercer y últi-

Tabla 1

Matriz de componentes rotados (a) del AF sobre el estado emocional

Frecuencia con la que se siente: ...	Componentes (b)			Comunalidades
	Emociones positivas	Emociones negativas	Soledad	
Útil	0,835			0,762
Seguro/a	0,794			0,669
Ilusionado/a	0,737	-0,399		0,703
Feliz	0,597	-0,531		0,650
Intranquilo/a		0,861		0,755
Aburrido/a		0,704	0,396	0,725
Deprimido/a		0,761	0,486	0,732
Solo/a			0,881	0,882

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.

Método de Rotación: Varimax con Normalización Kaiser.

a) La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

b) Se muestran las puntuaciones factoriales $\geq 0,300$ en valor absoluto.

Varianza total explicada: 73,46

Medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin: 0,857

Test de esfericidad de Bartlett: Chi cuadrado 1494,67; Sig.: 0,000; gl: 28

Determinante de la matriz de correlaciones: 0,044

mo componente, con un poder explicativo de un 15,9%, estuvo representado por la variable soledad, con puntuaciones inferiores de sentimientos como el aburrimiento y la depresión.

La estructura subyacente de las variables de satisfacción con capacidades personales y con el trato recibido por parte de la sociedad, se ha analizado también mediante un AF bajo el método de componentes principales (tabla 2). Los dos componentes resultantes han sido definidos como recursos de afrontamiento de la vida, con un poder explicativo del 75,2% de la varianza. En el primer factor, con una varianza explicada de 40,6%, correlacionaron variables asociadas con la satisfac-

ción de los mayores con el reconocimiento externo y con su imagen física. El segundo componente explicó un 34,7% de la varianza, a partir de las variables de capacidad para tomar decisiones y de libertad para expresar los pensamientos, definiendo así la satisfacción con el poder de decisión y expresión de ideas.

En la tabla 3 se muestra la variable de clasificación de bienestar emocional, que contiene cuatro categorías referidas a valoraciones positivas y negativas respecto al estado emocional y a los recursos de afrontamiento. Como se indica en el mismo cuadro, las personas que evaluaron su bienestar emocional como positivo, tanto en términos de su estado emocional como en cuanto a

Tabla 2

Matriz de componentes rotados (a) del AF sobre satisfacción con el reconocimiento externo y las capacidades personales: recursos de afrontamiento

Satisfacción con: ...	Componentes (b)		Comunalidades
	Reconocimiento externo e imagen física	Poder de decisión y expresión	
La posición y reconocimiento en la sociedad	0,895		0,839
El respeto y trato de los demás	0,771		0,677
Su apariencia física	0,691	0,464	0,692
La capacidad para tomar decisiones		0,865	0,805
La libertad para expresar sus pensamientos	0,317	0,805	0,749

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.

Método de Rotación: Varimax con Normalización Kaiser.

a) La rotación ha convergido en 3 interacciones.

b) Se muestran las puntuaciones factoriales $\geq 0,300$ en valor absoluto.

Varianza total explicada: 75,24

Medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin: 0,799

Test de esfericidad de Bartlett: Chi cuadrado 971,19; Sig.: 0,000; gl: 10

Determinante de la matriz de correlaciones: 0,135

Tabla 3

Clasificación de sujetos según su bienestar emocional a partir del estado emocional y de los recursos de afrontamiento

Categorías		Autoevaluación del estado emocional		Autoevaluación de los recursos de afrontamiento		Nº de casos válidos	
		Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	N	%
Bienestar emocional: coincidencia	Percepción positiva	X		X		158	33,0
	Percepción negativa		X		X	171	35,7
Bienestar emocional: discrepancia	Estado emocional positivo y afrontamiento negativo	X			X	110	23,0
	Estado emocional negativo y afrontamiento positivo		X	X		40	8,3
Total						479	100,0

sus recursos de afrontamiento, representaron un 33,0% de la muestra. En cambio, este valor ascendió casi 3 puntos porcentuales entre quienes valoraron negativamente su bienestar emocional en general. En casi un tercio de los casos se produjo una discrepancia entre la percepción del estado emocional y la valoración de los recursos de afrontamiento. En unos casos esta discrepancia se produjo cuando las personas que evaluaron de forma positiva sus sentimientos valoraron de forma negativa sus recursos para afrontar la vida. Mientras que el grupo menos numeroso lo constituyeron quienes valoraron negativamente su estado emocional y, sin embargo, se mostraron satisfechos con sus recursos de afrontamiento (8,3%).

La tabla 4 presenta las diferencias en el bienestar emocional de acuerdo con las características sociodemográficas de las

personas mayores en la Comunidad de Madrid. Tanto la edad cronológica como la edad percibida mostraron una asociación significativa con la dimensión emocional: más de la mitad de los sujetos con 85 y más años, y ocho de cada diez de quienes se sentían mayores de lo que en realidad eran, valoraron negativamente tanto su estado emocional como sus recursos de afrontamiento.

Si bien no se encontró una asociación significativa bivariada con el sexo, se observó una diferencia de 9 puntos porcentuales en la categoría de mejor bienestar emocional entre varones (38,3) y mujeres (29,3). La figura 2 muestra su representación en combinación con la edad por medio de ACM, de donde resulta que ser mujer o mayor de 74 años de edad se asociaría con un peor bienestar emocional, en oposición a ser hombre o tener 65 a 74 años de edad.

Tabla 4

Diferencias en el bienestar emocional de los mayores según características sociodemográficas

Variables sociodemográficas	Bienestar emocional: valoración del estado emocional y recursos de afrontamiento			
	Emocional (+) Afrontamiento (+)	Emocional (-) Afrontamiento (-)	Emocional (+) Afrontamiento (-)	Emocional (-) Afrontamiento (+)
Total	N = 479			
Número de casos (N)	158	171	110	40
Porcentaje	33,0	33,7	23,0	8,4
Edad	* $p < 0,05$			
65-74 años	38,1	28,0	25,8	8,1
75-84	30,8	39,5	22,1	7,6
85 y más	21,1	52,1	15,5	11,3
Percepción de su edad	$p < 0,001$			
Más joven	38,9	25,5	30,2	5,4
La edad que tengo	31,5	38,0	20,0	10,5
Mayor	15,8	79,0	5,2	0,0
Sexo	**NS			
Masculino	38,3	30,6	23,0	8,2
Femenino	29,3	39,2	23,0	8,5
Nivel de estudios	$p < 0,001$			
Inferior a primaria	22,6	53,4	18,0	6,0
Primaria	31,8	31,8	26,7	9,7
Secundaria o superior	44,0	24,7	22,6	8,7
Clase social	$p < 0,001$			
Baja	22,0	54,5	17,4	6,1
Media baja	31,4	31,0	27,6	10,0
Media	49,4	21,0	22,2	7,4
Media alta/baja	45,9	29,8	16,2	8,1

* Test de Chi Cuadrado.

** Asociación no significativa.

El nivel de estudios observó una relación directa con el bienestar emocional: niveles educativos inferiores se asociarían con las categorías más negativas (53,4%). La clase social presentó características similares, y su representación mediante ACM (figura 3) permitió distinguir claramente en el plano cartesiano tres grupos: sujetos con una clase social baja se asociarían con autovaloraciones negativas tanto del estado emocional como de los recursos de afrontamiento, la clase social media baja se relacionaría con las categorías disonantes del bienestar emocional (estado emocional positivo y afrontamiento negativo y viceversa), mientras que los valores óptimos de bienestar emocional estarían próximos a los sujetos de clase media y superiores.

Los resultados del análisis de regresión logística para predecir un alto bienestar emocional pueden observarse en la tabla 5. El porcentaje pronosticado correctamente por el modelo fue de 78,7%, con un R² de 0,369. De las 11 variables utilizadas (sexo, edad, clase social, índice de comorbilidad, salud percibida, movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión, y valoración del estado de salud hoy comparado con los últimos 12 meses), el modelo seleccionó cuatro variables: ansiedad/depresión, valoración del estado de salud hoy comparado con los últimos 12 meses, salud percibida y clase social. Las personas que no presentaban problemas de ansiedad o depresión, mostraron una probabilidad cerca de tres veces superior de valorar positivamente su bien-

Figura 2

Relación entre bienestar emocional y variables demográficas

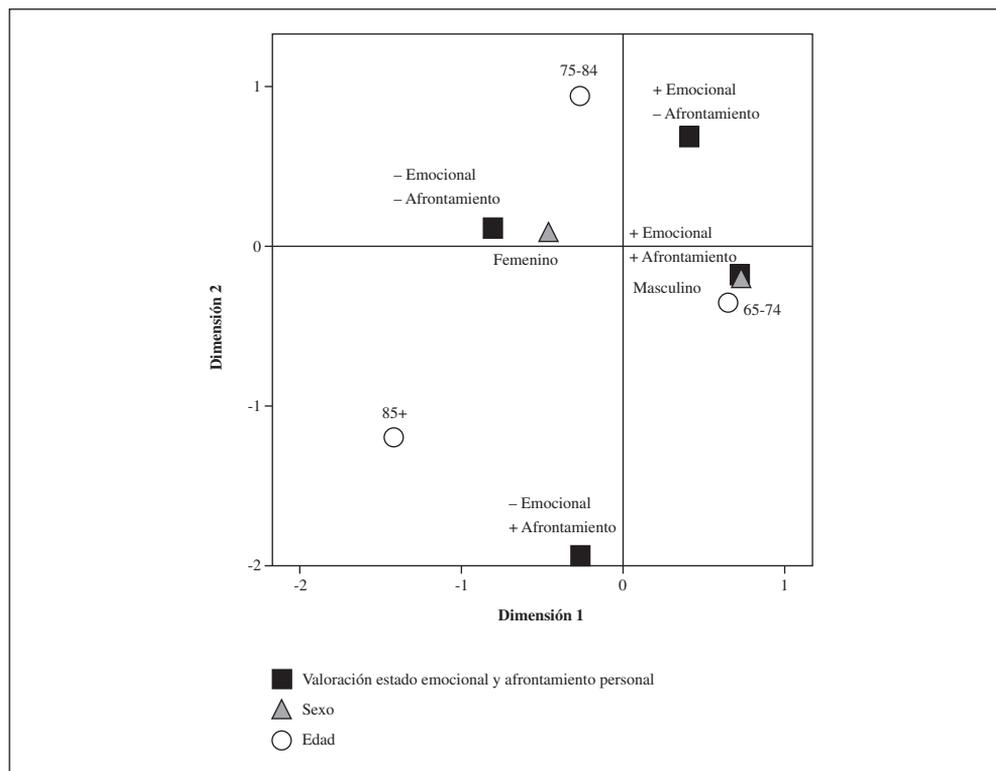


Figura 3

Relación entre bienestar emocional y clase social

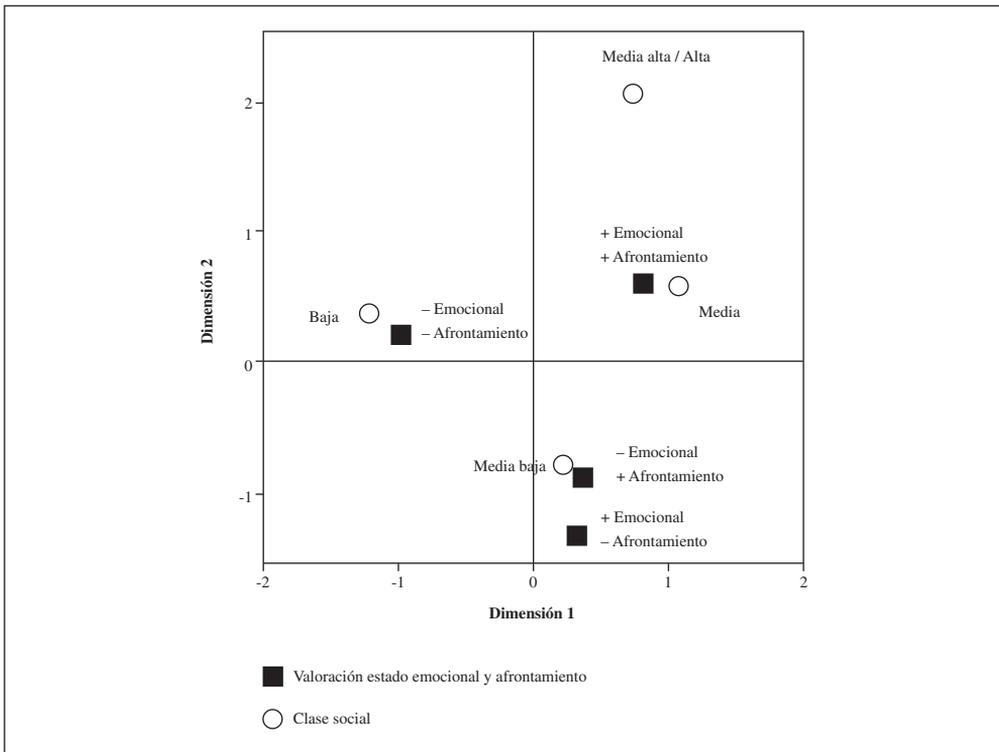


Tabla 5

Modelo de regresión logística de la influencia de las condiciones de salud en el bienestar emocional

Variables	β	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	95% Intervalos de confianza para EXP (B)	
						Inferior	Superior
Ansiedad/Depresión (Ref. con problemas)							
Sin problemas	0,985	5,495	1	0,019	2,678	1,175	6,102
Valoración de la salud hoy respecto a 12 últimos meses (Ref. peor)							
Mejor	1,722	11,389	2	0,003	5,595	1,898	16,497
Igual	0,791	2,786	1	0,095	2,206	0,871	5,586
Salud percibida (Ref. regular a muy mala)							
Buena	0,464	52,485	2	0,000	1,590	0,881	2,872
Muy buena	3,262	2,369	1	0,124	26,115	10,429	65,395
Clase social (Ref. baja)							
Media baja	0,443	10,100	3	0,018	1,557	0,833	2,909
Media	1,093	1,928	1	0,165	2,984	1,413	6,302
Media alta y alta	1,028	8,209	1	0,004	2,796	1,099	7,111
Constante	-3,635	4,661	1	0,031	0,026		

N: 450. Porcentaje pronosticado: 78,667%

Sensibilidad: 42,953% Especificidad: 96,346% Chi-square: 138,589 p<0,001 R² de Nagelbekerke: 0,369

Variables utilizadas en el análisis: sexo, edad, clase social, índice de comorbilidad, salud percibida, cinco dimensiones descriptivas de salud EQ-5D (Instrumento EuroQoL): problemas o ausencia de problemas en la movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar, ansiedad o depresión, y valoración del estado de salud hoy comparado con los últimos 12 meses.

Modelo por pasos hacia delante. Paso 1º: salud percibida, paso 2º: valoración del estado de salud hoy comparado con los últimos 12 meses, paso 3º: clase social, paso 4º: Ansiedad/Depresión.

tar emocional que quienes padecían esos problemas. Respecto a la valoración de salud en relación con los últimos 12 meses, los mayores que experimentaron una mejora indicaron una probabilidad superior a cinco veces de tener un alto bienestar emocional que aquellos que habían sufrido un empeoramiento en su salud. Tomando en cuenta una salud percibida de forma negativa, quienes valoraron su salud como muy buena, revelarían una probabilidad 26 veces mayor de tener un alto bienestar emocional. Por último, la clases sociales media y superiores observaron mayores probabilidades de experimentar un bienestar emocional positivo, alrededor de tres veces por encima de quienes pertenecían a una clase social baja.

DISCUSIÓN

Uno de los aportes de este trabajo consiste en la creación de una variable integradora de dos áreas del bienestar emocional relacionadas con variables de estado de ánimo, expresado en sentimientos positivos y negativos, y de recursos personales de afrontamiento de la vida.

Debe destacarse, que si bien la mayor parte de la población entrevistada mostró una valoración positiva hacia las distintas variables individuales, no fue mayoritario el número de personas que evaluó positiva y conjuntamente tanto uno como otro grupo de variables.

Los resultados sugirieron la existencia de diferencias en el bienestar emocional de acuerdo con distintas características socio-demográficas y de salud, confirmando las hipótesis planteadas.

En línea con los estudios de Efklides et al.²¹ en población mayor griega, se observó una tendencia negativa en la valoración de características emocionales con la edad, evaluaciones más negativas entre las muje-

res y en los niveles educativos más bajos. Adicionalmente, en el presente trabajo se encontró una asociación inversa de la dimensión emocional no sólo con la edad objetiva sino especialmente con la subjetiva. A medida que las personas mayores se adentran en edades más avanzadas podrían percibir un menor control sobre los distintos aspectos de su vida²² lo que impactaría sobre su bienestar emocional y su CdV.

Con respecto a la salud, en la investigación citada²¹ se evidenció también que un incremento en el número de problemas de salud y la percepción de su gravedad afectarían negativamente al bienestar emocional. En el presente estudio se pudo comprobar esta tendencia reflejada en las variables de salud percibida, problemas de ansiedad o depresión, y valoración de la salud hoy en comparación con los últimos 12 meses. Y si bien el análisis realizado fue de carácter transversal, ésta última variable permitió captar una dimensión temporal sobre la salud.

Otros estudios arribaron a similares resultados para el caso particular de la depresión: Bishop et al.⁹, observaron en población de Ámsterdam una mayor proporción de casos en personas de edades más avanzadas, en aquellos con menor nivel de educación, y entre quienes padecían más número de enfermedades crónicas, aunque, a diferencia del caso madrileño, especialmente en varones.

Por su parte, la estrecha relación encontrada en nuestro estudio con la clase social se situaría también en la línea de investigaciones previas que evidencian la influencia de esta variable en la CdV de las personas mayores²³, que a su vez se ve mediada por el bienestar emocional.

Un bienestar emocional más alto en los mayores favorecería, del mismo modo, una mejor experiencia de envejecimiento. En este sentido, Stevenrik et al.⁶ observaron

que las personas con una mejor salud subjetiva, mayores ingresos, menor sentimiento de soledad, nivel educativo más alto y mayor optimismo, tenderían a experimentar un proceso de envejecimiento más en términos de desarrollo continuo que de deterioro físico o pérdidas sociales. Asimismo encontraron que una percepción negativa de la salud influía más que la edad en la experiencia de la vejez como deterioro físico. Así pues, la salud, el nivel socioeconómico y el funcionamiento afectivo estarían en la base de dicha experiencia.

En conclusión, entre las distintas dimensiones que conforman la CdV de las personas mayores, se ha comprobado que la salud constituye un factor de gran influencia sobre el bienestar emocional, con un papel esencial de la experiencia subjetiva de la salud en su explicación. Como se ha señalado, los resultados obtenidos apoyan estudios anteriores que demuestran asociaciones directas entre ambos dominios⁵⁻⁷. Sin embargo, no por ello debe olvidarse la importancia de aquellos casos en los que puede observarse un alto bienestar emocional frente a malas condiciones de salud, situaciones conocidas como paradojas en la CdV²⁴.

Como limitaciones de este trabajo se destaca la imposibilidad de realizar comparaciones con población mayor institucionalizada, dado que la muestra estuvo formada exclusivamente por personas residentes en vivienda familiar. Por otro lado, hubiera sido valioso conocer la duración de los problemas de salud en relación con el proceso de adaptación a tales condiciones y su influencia en el bienestar emocional.

Direcciones futuras de investigación estarán encaminadas al estudio de la contribución del bienestar emocional en la CdV global, teniendo presente su intervención mediadora en el efecto de distintos factores sobre la satisfacción con la vida. Asimismo, se está profundizando en dicha línea mediante métodos de investigación cualita-

tiva que favorezcan una mayor comprensión sobre esta temática.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la editora y a las personas que han revisado el trabajo los valiosos comentarios que han ayudado a mejorarlo sustancialmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005; 49(10): 699-706.
2. Fernández-Mayoralas Fernández G, Rojo Pérez F. Calidad de Vida y Salud: Planteamientos Conceptuales y Métodos de Investigación. *Territoris (Monográfico sobre Geografía de la Salud)*. 2005(5): 117-35.
3. Hagberg M, Hagberg B, Saveman BI. The significance of personality factors for various dimensions of life quality among older people. *Aging Ment Health*. 2002; 6(2): 178-85.
4. Heinonen H, Aro AR, Aalto A-M, Uutela A. Is the Evaluation of the Global Quality of Life Determined by Emotional Status? *Qual Life Res*. 2004; 13(8): 1347-56.
5. Fernández-Ballesteros R. Psicología de la vejez. *Humanitas*. 2004; 1: 27-38.
6. Steverink N, Westerhof GJ, Bode C, Dittmann-Kohli F. The Personal Experience of Aging, Individual Resources, and Subjective Well-Being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001; 56B(6): 364-73.
7. Virués-Ortega J, Martínez-Martín P, del Barrio JL, Lozano LM. Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 486-92.
8. Virués-Ortega J. Discapacidad y conductas de afrontamiento en ancianos españoles: un estudio poblacional [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2007.
9. Bisschop MI, Kriegsman DM, Beekman AT, Deeg DJ. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Soc Sci Med*. 2004;59(4):721-33.

10. Penninx BW, van Tilburg T, Kriegsman DM, Deeg DJ, Boeke JP, van Eijk JT. Effects of Social Support and Personal Coping Resources on Mortality in Older Age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Am J Epidemiol*. 1997; 146(6): 510-9.
11. Smith J, Borchelt M, Maier H, Jopp D. Health and Well-being in the Young Old and Oldest Old. *J Soc Issues*. 2002; 58(4): 715-32.
12. Ostir GV, Ottenbacher KJ, Markides KS. Onset of Frailty in Older Adults and the Protective Role of Positive Affect. *Psychol Aging*. 2004; 19(3): 402-8.
13. Nesbitt BJ, Heidrich SM. Sense of Coherence and Illness Appraisal in Older Women's Quality of Life. *Res Nurs Health* 2000; 23: 25-34.
14. Bowling A, Seetai S, Morris R, Ebrahim S. Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age Ageing*. 2007; 36(3): 310-5.
15. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Padrón Continuo de Habitantes. 2004.
16. Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, Rodríguez-Rodríguez V, Rojo-Abuín J-M. The Environments of Ageing in the Context of the Global Quality of Life among Older People Living in Family Housing. In: Mollenkopf H, Walker A, editors. *Quality of Life in Old Age. International and Multidisciplinary Perspectives*. Dordrecht: Springer; 2007. p. 123-50.
17. Cleaver M, Muller TE. I Want to Pretend I'm Eleven Years Younger: Subjective Age and Seniors' Motives for Vacation Travel. *Soc Indic Res*. 2002; 60(1-3): 227-41.
18. Miller MD, Paradis CF, Houck PR, Mazumdar S, Stack JA, Rifai AH, et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res*. 1992; 41(3): 237-48.
19. Fernández-Mayoralas G, Rojo Pérez F, Prieto Flores ME, León Salas B, Martínez Martín P, Forjaz MJ, et al. El significado de la salud en la Calidad de Vida de los Mayores. Madrid: Portal Mayores; 2007.
20. Badía Llach X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 3^a ed. Barcelona: Edimac (Fundación Lilly); 2002.
21. Efklides A, Kalaitzidou M, Chankin G. Subjective Quality of Life in Old Age in Greece. The Effect of Demographic Factors, Emotional State, and Adaptation to Aging. *Eur Psychol*. 2003; 8(3): 178-91.
22. Schieman S. Age, Education, and the Sense of Control: A Test of the Cumulative Advantage Hypothesis. *Res Aging*. 2001; 23(2): 153-78.
23. Fernández-Ballesteros R. Quality of Life: The Differential Conditions. *Psychol Spain*. 1998; 2(1): 57-65.
24. Albrecht GL, Devlieger PJ. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Soc Sci Med*. 1999; 48(8): 977-88.

Apéndice

Preguntas del cuestionario CadeViMa - 2005 sobre la dimensión emocional

P. ¿Con qué frecuencia se siente Vd.:? ¿Diría que siempre, a menudo, rara vez o nunca?

(ENTREVISTADOR, leer respuestas).

Respuestas	Siempre	A menudo	(NO LEER) Algunas veces	Rara vez	Nunca	(NO LEER) NC
Feliz, alegre	5	4	3	2	1	9
Intranquilo/a o nervioso/a	5	4	3	2	1	9
Útil	5	4	3	2	1	9
Aburrido/a, apático	5	4	3	2	1	9
Ilusionado/a con ganas de hacer cosas	5	4	3	2	1	9
Deprimido/a, triste	5	4	3	2	1	9
Seguro/a de sí mismo/s	5	4	3	2	1	9
Solo/sola	5	4	3	2	1	9

P. Con los siguientes aspectos que le voy a leer, ¿en qué medida está VD. muy satisfecho/a, bastante, poco o nada satisfecho/a?

(ENTREVISTADOR, leer respuestas).

Aspectos	Muy satisfecho/a	Bastante satisfecho/a	(NO LEER) Regular, ni mucho ni poco satisfecho/a	Poco satisfecho/a	Nada satisfecho/a	(NO LEER) NC
Con su capacidad para tomar decisiones	5	4	3	2	1	9
Con la libertad que tiene para expresar sus pensamientos u opiniones	5	4	3	2	1	9
Con el respeto y el trato que obtiene de los demás	5	4	3	2	1	9
Con su posición y reconocimiento en la sociedad	5	4	3	2	1	9
Con su apariencia física	5	4	3	2	1	9

