

Programa británico de investigación para el incremento de la calidad de vida en la vejez

Alan Walker

Department of Sociological Studies. University of Sheffield. Sheffield. United Kingdom.
Director of the New Dynamics of Ageing Programme (AHRC, BBSRC, EPSRC, ESRC and MRC). Director European Research Area in Ageing (ERA-AGE). Previous director of ESRC Growing Older Programme, UK National Collaboration on Ageing Research and European Forum on Population Ageing Research.

RESUMEN

Este artículo hace referencia al programa británico de investigación que tenía como objetivo el incremento de la calidad de vida en la vejez y que se llevó a cabo durante el período 1999-2005 (UK's Growing Older Programme 1999-2005). Ese programa fue patrocinado por el Economic and Social Research Council (ESRC, Consejo de Investigación Económica y Social) y representa la inversión de mayor envergadura que se ha realizado en investigación sociológica de la vejez en el Reino Unido. El programa estuvo constituido por 24 proyectos y en sus épocas de mayor actividad participaron simultáneamente en él hasta 96 investigadores. En este artículo se pretende presentar el programa a la sociedad y los profesionales españoles. En primer lugar, se ofrece información sobre los fundamentos del programa, el proceso de designación de los profesionales responsables de los proyectos, su estructura final y su mecanismo de funcionamiento. En segundo lugar, se ofrece una visión general de las contribuciones del programa al conocimiento y las perspectivas de la gerontología social. En un solo artículo, es imposible abordar todas estas cuestiones de manera detallada; en caso de que el lector quisiera profundizar, existe una extensa bibliografía que puede consultarse.

Palabras clave

Investigación. Calidad de vida. Desigualdad. Salud. Participación y capacitación.

The UK's growing older research programme on extending quality life

ABSTRACT

This article is based on the UK's Growing Older Programme 1999-2005. This project was sponsored by the Economic and Social Research Council (ESRC) and represents the UK's largest single investment in social sciences research on ageing. The project consisted of 24 researchers, and when operating at full capacity, 96 researchers. This article aims to introduce this programme to a

Correspondencia: Dr. A. Walker.
Department of Sociological Studies, Elmfield. Northumberland Road,
University of Sheffield, Sheffield S10 2TU, UK.
Correo electrónico: a.c.walker@shef.ac.uk

Spanish audience. Firstly, information is provided on the background to the programme, its commissioning process, its eventual structure and how it operated. Secondly, an overview is provided of the ways in which the programme has contributed new knowledge and perspectives of social gerontology. Comprehensive information cannot be provided in one article but there is a considerable literature arising from the programme (in English) which may be consulted.

Key words

Research. Quality of life. Inequality. Health. Participation and empowerment.

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de este artículo es ofrecer una revisión del programa del Consejo de Investigación Económica y Social (ESRC) Growing Older (GO) Programme of Research 1999-2005. En un solo artículo es difícil describir todos los detalles y mostrar la complejidad de la investigación realizada en el contexto del programa, de manera que se han seleccionado algunos de los aspectos más relevantes teniendo en cuenta que esta selección tiene un carácter parcial. No es objeto ni objetivo de este artículo realizar una valoración del trabajo realizado en este programa de investigación. En primer lugar, se ofrecerá un resumen de los fundamentos, la estructura y el funcionamiento del programa.

FUNDAMENTOS, ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA

En el Reino Unido hay una extensa y notable trayectoria de investigación en el campo de la geriatría y gerontología, con muchos y distintos profesionales, centros y universidades implicadas. Sin embargo, han sido muy pocas las iniciativas para coordinar las distintas líneas de investigación con el objeto de abordar el envejecimiento de la población, tal como ha hecho, por ejemplo, el National Institute of Ageing (Instituto Nacional del Envejecimiento) en Estados Unidos. La investigación se realizó como respuesta a los proyectos que había venido desarrollando la

comunidad científica. Sin embargo, a finales de 1997, el ESRC decidió desarrollar un programa específico centrado en la promoción de la calidad de vida, y al autor de este artículo se le solicitó que realizaría una propuesta de programa. Esta propuesta fue aprobada por el ESRC en mayo de 1998, con una asignación presupuestaria de 3,5 millones de libras esterlinas.

Estructura y funcionamiento del programa

El programa fue diseñado en función de 2 objetivos principales:

1. Crear un programa de investigación multidisciplinaria y coordinado, que englobase distintos aspectos de la calidad de vida en la vejez.
2. Contribuir en el desarrollo de la normativa política y los ámbitos de aplicación, así como en el incremento de la calidad de vida de las personas mayores.

El programa GO (envejecer) fue un Research Council Programme, cuyo objetivo principal fue generar conocimientos científicos nuevos de excelencia sobre la calidad de vida en la vejez; son seleccionados en función de su rigor y nivel científico. Sin embargo, aunque la idea del GO fue desarrollada por el ESRC, las respuestas fueron ofrecidas por la comunidad de los científicos de las ciencias sociales, las que determinaron su estructuración y sus contenidos. Además, en el diseño de normativas políticas y de práctica estuvo implicado de manera explícita un grupo de científicos del GO, algo inhabitual al menos en el Reino Unido. Este objetivo relativo a las normativas políticas y aplicadas estuvo fundamentado en una sensación de autosuficiencia de la comunidad científica que ignora a los usuarios y sus opiniones.

Los contenidos del programa se organizaron en 6 áreas genéricas:

1. Definición y medición de la calidad de vida (5 proyectos).
2. Diferencias en la calidad de vida (5 proyectos).
3. Tecnología y diseño del entorno (2 proyectos).
4. Envejecimiento saludable y activo (3 proyectos).
5. Redes familiares y de apoyo (5 proyectos).
6. Participación y actividad en la vejez (4 proyectos).

El primer proyecto se inició en octubre de 1999 y el último en septiembre de 2000. Este último proyecto terminó en abril de 2003 y el programa al completo finalizó en julio de 2005. En el momento en el que estaban operativos todos los proyectos, en el GO participaron hasta 96 investigadores simultáneamente.

La idea de relacionar los distintos proyectos en un único GO pretendía conseguir un valor añadido mediante la cooperación y la sinergia entre los distintos equipos de investigación. La metodología utilizada para establecer las relaciones entre los diferentes proyectos y desarrollar un programa de envejecimiento común que permitiera abordar cuestiones tanto políticas como prácticas fueron las reuniones semestrales. La difusión se realizó a través de conferencias, seminarios de política, un paquete informativo del PE, notas de prensa de carácter regular, un resumen de «resultados» de cada proyecto del GO, un folleto especial dirigido a los políticos¹ (traducido recientemente al español²) y una serie de libros³⁻⁵, junto con la creación de una página web (<http://www.shef.ac.uk/uni/projects/gop/index.htm>).

NUEVOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA CALIDAD DE VIDA DURANTE LA VEJEZ

El GO ha tenido una duración de 7 años desde su concepción hasta la ejecución completa de su presupuesto (aunque los resultados completos se obtendrán en los próximos años). ¿Cuáles han sido los resultados obtenidos por esta investigación, que ha requerido de un gran esfuerzo así como de una gran inversión? Uno de los objetivos principales fue intentar influir en la política y la práctica; por esta razón, el impacto real de ese objetivo tardará un tiempo en materializarse. El otro objetivo principal fue generar nuevos conocimientos y, en este sentido, los resultados han sido espectaculares. En los epígrafes que vienen a continuación se recogen algunos de los principales resultados, comenzando por el que fue identificado desde el principio como uno de los retos centrales del GO^{6,7}.

DEFINICIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Uno de los objetivos básicos del programa fue comprender y elaborar una definición del concepto de calidad de vida, a nivel teórico y operativo. El problema es que no existe un consenso respecto a la significación del término «calidad de vida», ni siquiera entre los investigadores. Tampoco existe un acuerdo en cuanto a qué dimensiones de la calidad de vida deben de tomarse en cuenta a la hora de valorar la calidad de vida.

En relación con la calidad de vida en la vejez, la investigación en gerontología tiene una larga tradición en el abordaje del «envejecimiento exitoso», «envejecimiento positivo» y «envejecimiento saludable», aspectos que enfatizan la satisfacción vital, el compromiso con la vida y la salud como parámetros sustitutos de la calidad de vida⁸⁻¹⁰. Los investigadores y los profesionales utilizan frecuentemente una amplia gama de indicadores relacionados con la salud, tales como la capacidad funcional, estado de salud, el bienestar psicológico, el apoyo social, el compromiso con la vida, la dependencia, los estilos de afrontamiento

to y la capacidad de adaptación, sin tener ninguna referencia de cómo las personas mayores en general (o los grupos específicos de ancianos o de usuarios de servicios) definen su propia calidad de vida, o sin saber el valor que le otorgan a los diferentes componentes utilizados por los «expertos». Además, tanto los científicos como los profesionales, a la hora de evaluar la calidad de vida en la vejez, tienden a homogeneizar a las personas de edad avanzada sin reconocer la diversidad y las diferencias que existen, por ejemplo, en la edad, el sexo, la raza, el origen étnico o la discapacidad. A menudo, el bienestar psicológico se utiliza como parámetro sustituto de la calidad de vida. Se tiende a considerar el envejecimiento como un problema que representa un período de «ajuste» sin relación con otras etapas del ciclo vital¹¹. A menudo, estos enfoques ignoran los aspectos económicos, políticos y sociales de las vidas cotidianas de las personas y se centran en aspectos individuales como la competencia, la felicidad, etc.

Los supuestos de carácter funcional, patológico y cronológico subyacentes en los inventarios de satisfacción vital y compromiso con la vida ejercen todavía una importante influencia en la investigación sobre la calidad de vida en la vejez, especialmente en el contexto del paradigma científico social positivista. Incluso en el momento actual, donde hay una mayor participación social y política de las personas mayores, así como una mayor implicación de la persona mayor en los ámbitos sanitarios y sociales, es frecuente que la investigación acerca de la calidad de vida esté centrada principalmente en la calidad de vida relacionada con la salud, dejando de lado otras áreas igualmente importantes.

A pesar de la específica definición de los objetivos de este trabajo, aparecieron nuevas perspectivas sobre la calidad de vida en la vejez que obligaron a establecer una nueva agenda con un carácter más holístico y con una mayor reflexión acerca de la diversidad en la vejez y el envejecimiento, en comparación con enfoques previos. Se puede citar brevemente 3 líneas importantes de investigación. En primer lugar, están los estudios fundamentados en la psicología evolutiva. Este abordaje parte del individuo e identifica áreas relevantes en su vida y en su percepción de su calidad de vida¹¹. En segundo lugar, están los estudios que entienden el envejecimiento como un constructo social y que presentan una perspectiva más crítica y coherente, considerando fundamentalmente que la vejez ha comenzado a influir en la propia investigación¹²⁻¹⁹. Desde esta perspectiva, se asume que las definiciones de una buena calidad de vida en las personas mayores coinciden a menudo con las de los adultos; que son las propias personas mayores las que deberían poder determinar cuál es el significado del término calidad de vida referido a su propia calidad de vida, y que la calidad de vida está influida tanto por los factores sociales como económicos, así como por las características individuales y biológicas¹⁶. Esta perspectiva crítica se opone directamente al enfoque funcionalista, que define el envejecimiento como un proceso uniforme en el que todos los an-

cianos constituyen un grupo homogéneo y donde la variabilidad interindividual no considera. La tercera línea de investigación integra los elementos citados en las dos perspectivas anteriores en un único modelo teórico de satisfacción vital. Fernández-Ballesteros et al²⁰ han demostrado que las características sociodemográficas (nivel educativo, nivel de ingresos económicos) son antecedentes de todos los factores planteados en el modelo, que tienen un efecto directo en la satisfacción vital y un efecto indirecto a través de factores psicológicos, como pueden ser la actividad, la enfermedad física y la salud percibida.

El GO ha realizado una importante contribución a la definición y la evaluación de la calidad de vida en la vejez a través de la creación y la ampliación a 3 nuevos campos. En primer lugar, en un estudio antropológico sobre las perspectivas de la calidad de vida correspondientes a los profesionales clínicos que atendían a ancianos con accidente cerebrovascular y en relación con los propios pacientes, se detectó que existían importantes diferencias entre ambas partes en la definición del concepto de calidad de vida. Por una parte, los clínicos definieron la calidad de vida en términos coloquiales de «felicidad» y no lo evaluaban desde la perspectiva del paciente. Este hecho contrasta con las definiciones utilizadas en la bibliografía médica, en las que se subrayan los dominios físico y clínico, y en las que se considera casi de manera exclusiva la calidad de vida relacionada con la salud. Por otra parte, los pacientes que habían sobrevivido al accidente cerebrovascular definieron la calidad de vida de manera abstracta, en términos de poseer el nivel de salud necesario para participar en actividades sociales y laborales; acceso a recursos sociales, felicidad/disfrute; actitud vital y satisfacción en las relaciones familiares y personales. A menudo, la calidad de vida fue definida en términos de «ausencia». Cuando los pacientes que habían sufrido un accidente cerebrovascular opinaron sobre el impacto del accidente y el proceso de recuperación, no hicieron referencia a la calidad de vida sino a sus esfuerzos por recuperar la normalidad perdida²¹. Este estudio enfatiza la dificultad a la hora de definir y operacionalizar el concepto de calidad de vida, así como la necesidad de conocer las diferencias existentes entre la población general y los profesionales.

En segundo lugar, Blane et al²² y Wiggins et al²³ intentaron solucionar el vacío teórico existente en la investigación de la calidad de vida, a través del desarrollo de un instrumento (CASP-19) basado en la teoría de la satisfacción de las necesidades. La principal contribución de este trabajo consiste en que este instrumento está fundamentado en un modelo teórico explícito que asume la existencia de unas necesidades humanas que son comunes²⁴: control, autonomía, autorrealización y diversión. La satisfacción de estas necesidades lleva a una buena calidad de vida. Además, debido a que este instrumento diferencia entre los factores vitales actuales y los que van apareciendo durante el transcurso de la vida, los investigadores han podido evaluar los efectos de estos factores

y comparar la calidad de vida de personas pertenecientes a diferentes grupos de edad.

En tercer lugar, Bowling et al^{25,26} y Gabriel y Bowling²⁷ han complementado sus estudios previos analizando la definición y las prioridades de una buena calidad de vida en un gran grupo de personas de 65 años o más. La importancia del estudio de Bowling et al²⁵ en 2002 se centra en la operacionalización que realizan de una buena calidad de vida, de manera que, por primera vez, tenemos una idea global y fiable de lo que constituye una buena calidad de vida en la vejez, obtenida a través de la perspectiva de los propios personas mayores, y también de los factores implicados en este concepto.

DIFERENCIAS EN LA CALIDAD DE VIDA

Una de las contribuciones más recientes a la Gerontología social realizada a través de la perspectiva de economía política ha sido el análisis de las diferencias en el envejecimiento y en la vejez. El nivel socioeconómico, la edad y el sexo son los criterios principales en cuanto a la diferenciación en la calidad de vida; considerando la importancia de las diferentes trayectorias vitales, mediante el análisis realizado, se han incorporado factores como la raza y el grupo étnico, la discapacidad y la localización espacial. La evaluación de las diferencias respecto a la calidad de vida fue uno de los principales objetivos del GO.

Fueron tres las principales contribuciones que se han realizado en este campo:

En primer lugar, se ha analizado la influencia de la etnia (grupo étnico) en la calidad de vida en la vejez, un aspecto a menudo olvidado en la investigación gerontológica²⁸). Por ejemplo, Nazroo et al²⁹ y Bajekal et al³⁰ utilizaron la encuesta Fourth National Survey of Ethnic Minorities para analizar las diferencias existentes entre 4 grupos étnicos: ancianos procedentes de Caribe, India y Pakistán, y ancianos de raza blanca, analizando la influencia de estas diferencias en los diferentes niveles de calidad de vida. El trabajo de estos investigadores ha ofrecido un marco más detallado de las diferencias entre los principales grupos étnicos de ancianos que residen en el Reino Unido. En este estudio se demostró que existen grandes diferencias entre los grupos étnicos citados respecto a factores clave que influyen en la calidad de vida, como son: recursos materiales, redes sociales y de participación, vecindario y salud. Los 6 factores que influyeron en la calidad de vida en la vejez (desempeño del rol, existencia de redes de apoyo y de recursos económicos, salud, tener tiempo e independencia) fueron comunes a todos los grupos étnicos, pero su configuración y la forma en que se experimentaron presentaron variaciones entre los distintos grupos.

En segundo lugar, el GO ha aportado nuevas evidencias empíricas acerca de la importancia del lugar de residencia

en relación con la calidad de vida. El estudio de Scharf et al³¹, el primero de este tipo efectuado en el Reino Unido, se realizó en los distritos electorales más pobres de las 3 áreas locales más pobres de Inglaterra: Liverpool, Manchester y London Borough en Newham. En este estudio se realizaron una encuesta y diversas entrevistas personales a 600 personas de 60 años o más, y se efectuaron 130 entrevistas adicionales de carácter cualitativo. En el estudio se demostró que las personas mayores que residen en las áreas más pobres de Inglaterra tienen una doble probabilidad de experimentar la pobreza, en comparación con la población británica global. La pobreza afecta a casi la mitad de las personas de 60 años o más que residen en zonas urbanas pobres. También se observó que las personas mayores muestran una mayor vulnerabilidad de ser víctimas de delitos graves; asimismo, una minoría significativa se mantiene socialmente aislada y en una situación de grave soledad. Además, en este estudio se demostró que los ancianos que residen en áreas pobres se enfrentan a múltiples riesgos de exclusión y que estos riesgos son significativamente mayores que los existentes en otras áreas del Reino Unido³².

En tercer lugar, las diferencias existentes entre las distintas cohortes de personas mayores se han contemplado, durante años, como una desigualdad estructural^{15,33}. Sin embargo, la investigación se ha centrado generalmente en personas que llevaban un tiempo retiradas más que en los recién jubilados. Blane et al²² en 2002 abordaron este vacío; incluyeron en su estudio sobre la calidad de vida a las personas mayores de entre 65 y 75 años³⁴. Los resultados obtenidos en este estudio apoyan los resultados de estudios realizados previamente, que subrayan el impacto negativo que tienen sobre la calidad de vida los problemas que han tenido durante la vida y los acontecimientos traumáticos más recientes (como el deterioro de la salud, la disminución de la seguridad económica o el fallecimiento de personas queridas). A su vez este estudio demostró que, cuando se examinan en conjunto la influencia de los acontecimientos vitales actuales y los ocurridos anteriormente, son los acontecimientos más actuales los que ejercen una mayor influencia sobre la calidad de vida actual²³.

TECNOLOGÍA Y CREACIÓN DEL ENTORNO

En ninguno de los estudios realizados hasta esa fecha se había abordado el ámbito de la tecnología, pero el GO ha realizado importantes contribuciones en el área de transporte y del entorno. Gilhooly et al³⁵ en 2003 llevaron a cabo uno de los pocos estudios realizados acerca de la relación entre el transporte y la calidad de vida en la vejez. Poseer un coche y el acceso al transporte público se asociaron a una elevada percepción de la calidad de vida. Además, se encontró que estos factores eran predictores independientes de la calidad de vida. En otras palabras, el hecho de que los propietarios de coche/conductores tuvieran una mayor calidad de vida que las personas mayo-

res que no poseían o no conducían no pudo explicarse por el hecho de que tuvieran más dinero. Este estudio es uno de los primeros en los que se ha demostrado que el acceso adecuado al transporte se asocia a una percepción elevada de la calidad de vida.

Peace et al³⁶ en 2003 investigaron la relación existente entre lugar de residencia, identidad y calidad de vida en la vejez. En su estudio, entrevistaron a 54 varones y mujeres de edad avanzada que vivían en 7 contextos residenciales distintos de 3 localidades. Estos contextos fueron los siguientes: residencia de ancianos, hogares de acogida, casa de campo (alquilada y en propiedad), viviendas adosadas, apartamentos, viviendas bifamiliares (alquiladas y en propiedad) y viviendas unifamiliares. En el estudio se subrayó la importancia del entorno, pero el objetivo de éste fue mucho más allá del considerado en estudios previos, abordando una relación holística de «calidad de vida» en la que los aspectos correspondientes al entorno y que son significativos para el individuo reflejan sus necesidades y aspiraciones en un grado suficiente como para facilitar la comodidad y flexibilidad en la vida cotidiana. Más allá de los análisis realizados hasta ese momento sobre aspectos específicos del entorno, Peace et al³⁶ identificaron una serie de aspectos de interés clave, como pueden ser los objetos materiales del hogar con significación personal; la posesión del espacio suficiente para la autorrealización y el lugar en el que el individuo se mantiene integrado en su propia historia personal, todos aquellos aspectos que el individuo considera importantes para su bienestar e identidad. La calidad de vida es un concepto en el que la suma de estos elementos es suficiente para satisfacer al individuo.

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y ACTIVO

La importancia de esta cuestión creció de manera importante durante el desarrollo del GO, tanto en el Reino Unido³⁷ como en el resto del mundo³⁸. El GO ha efectuado contribuciones importantes al conocimiento de 3 aspectos de esta cuestión.

En primer lugar, Beaumont y Kenealy^{34,39} evaluaron a personas de 65 años o más con buen estado de salud. Los factores más importantes en la percepción de una buena calidad de vida fueron la percepción individual del nivel de salud, la ausencia de depresión, el optimismo personal y el mantenimiento de las capacidades cognitivas. Los resultados de este estudio subrayan la importancia de reducir las diferencias respecto al grupo de referencia como estrategia para potenciar la calidad de vida percibida.

En segundo lugar, Evandrou y Glaser^{40,41} investigaron la relación existente entre el desempeño de múltiples roles de responsabilidad durante la edad intermedia y una serie de indicadores de la calidad de vida. Entre los resultados más importantes encontrados están: el desempeño de diferentes roles de compromiso es mucho más fre-

cuente desde una perspectiva global de la vida que cuando sólo se considera una parte del desarrollo vital; el desempeño de múltiples roles de responsabilidad establece pequeñas diferencias en lo que se refiere a los derechos para percibir la pensión básica otorgada por el Estado, y que existen diferencias significativas en lo relativo al derecho a la percepción de otras pensiones, un aspecto en el que las mujeres (especialmente, las que tenían hijos) fueron un colectivo especialmente desfavorecido.

En tercer lugar, Robertson et al⁴² estudiaron la participación laboral de las personas mayores (50-75 años) y analizaron las diferencias en relación con el bienestar subjetivo y la satisfacción vital entre los ancianos laboralmente activos, los jubilados y los que permanecían en paro, así como entre los que trabajaban y los que se habían jubilado. Este estudio fue pionero al incluir a personas en edad de percibir una pensión. Los resultados de este estudio indicaron que las personas que mantenían su actividad laboral, a pesar de su edad, tenían un mayor nivel de bienestar. En todas las categorías y en ambos parámetros de la calidad de vida, los ancianos en paro y aquellos que buscaban trabajo presentaron las puntuaciones más bajas. En este estudio también se encontró que las diferencias en los grados de satisfacción y bienestar entre los ancianos con actividad laboral, sin actividad laboral y jubilados no se debían únicamente a su relación con el trabajo, sino que estaban determinadas principalmente por factores relacionados con su entorno. No obstante, algunos de los factores que influyen en la satisfacción y el bienestar podrían estar potenciados por la participación en actividades laborales remuneradas. Los factores del entorno incluidos fueron, por ejemplo, la oportunidad de control, los objetivos establecidos externamente, la disponibilidad de dinero y la valoración de la posición social (el respeto). Hubo diferencias significativas entre los grupos respecto a los siguientes factores: el entorno de los ancianos sin empleo estaba empobrecido en todos los aspectos; los ancianos con empleo señalaron más objetivos establecidos externamente, una mayor calidad de las interacciones interpersonales y una mejor posición social; por su parte, los ancianos jubilados presentaron más oportunidades de control personal y una mayor disponibilidad de dinero.

REDES FAMILIARES Y DE APOYO

Se han efectuado estudios de investigación importantes e innovadores acerca de la viudez y del fallecimiento de los seres queridos⁴³, del impacto de la reminiscencia sobre la calidad de vida⁴⁴, sobre los entornos sociales y los estilos de vida de los varones ancianos⁴⁵ y sobre el hecho de ser abuelos⁴⁶; en este apartado se expondrán las 3 contribuciones más importantes al conocimiento de esta cuestión.

Coleman et al⁴⁷ efectuaron el primer estudio que se ha realizado en el Reino Unido acerca de las creencias espi-

rituales entre las personas que han perdido a su cónyuge. En este estudio se observó una relación directa entre la intensidad de las creencias y la adaptación a la pérdida del cónyuge. Además, ninguno de los ancianos que poseían fuertes creencias presentó depresión o sentimientos de falta de significación de la vida. Baldock y Hadlow⁴⁸ evaluaron a ancianos enfermos y reclusos en su hogar para determinar las razones de que algunos ancianos con discapacidad no soliciten o incluso rechacen los servicios sanitarios y sociales a los cuales tienen derecho. En este estudio se demostró que, en el proceso de preservación de la autoidentidad durante las etapas más avanzadas de la vida, los ancianos que necesitan asistencia pueden rechazar los servicios que consideran incompatibles con su propio proyecto personal de lucha, compensación e incluso negación de la discapacidad. Tester et al⁴⁹ abordaron en su estudio el tema, hasta el momento poco considerado, de la calidad de vida desde la perspectiva de los ancianos enfermos, especialmente de los que sufren demencia o tienen dificultades de comunicación y de los que viven en residencias. Mediante el uso de métodos innovadores de comunicación, este equipo de investigación pudo determinar las percepciones de la calidad de vida que tienen los ancianos con cualquier tipo de problemas físicos y mentales. Los componentes principales de la calidad de vida fueron el sentido de lo propio, el entorno asistencial, las relaciones y las actividades. La comunicación fue una cuestión clave en este estudio: la posibilidad de comunicación verbal o no verbal es esencial para que los ancianos enfermos puedan expresarse, mantener el sentimiento de lo propio, establecer y mantener relaciones, participar en distintas formas de integración y actividades, y dar un significado a sus experiencias.

PARTICIPACIÓN Y ACTIVIDADES EN LA VEJEZ

Los 4 proyectos dedicados a esta cuestión realizaron contribuciones importantes al conocimiento de los distintos aspectos de la participación social, el *empowerment* (empoderamiento, capacitación) en personas mayores que pertenecen a diferentes grupos étnicos y el aprendizaje en la vejez.

Victor et al^{50,51} llevaron a cabo el primer estudio nacional acerca de la soledad durante más de 4 decenios, y su voluminoso y complejo proyecto se mantendrá como un punto de referencia en esta cuestión durante los próximos decenios. A través de una combinación de abordajes cualitativos y cuantitativos, este equipo de investigación evaluó la soledad, el aislamiento y la vida en solitario en la vejez. Estos investigadores demostraron que, en conjunto, sólo una minoría de ancianos sufre soledad (7%) o aislamiento (11-17%), y que estas proporciones han presentado pocas modificaciones durante los últimos 50 años. En este estudio se demostró, a través de la comparación de 2 grupos, la naturaleza dinámica de la soledad y el aislamiento a lo largo de todo el desarrollo vital, así como las diferentes vías hacia la soledad en las etapas avanzadas

de la vida: ancianos en los que la soledad representaba una continuación de las experiencias previas y ancianos para los que la soledad era una experiencia «nueva».

Afshar et al⁵² investigaron la calidad de vida y las prioridades para un envejecimiento idóneo en mujeres de edad avanzada procedentes de grupos étnicos diferentes, en lo que representó el primer estudio de este tipo realizado en el Reino Unido. Estos investigadores observaron 2 grupos de influencias sobre la percepción de la calidad de vida: factores físicos y materiales, por un lado, y factores relacionados con las emociones, el bienestar psicológico y el apoyo social, por otro. Entre ambos grupos hubo tanto similitudes como diferencias en relación con la importancia de estas influencias. La salud fue el elemento más importante en relación con la calidad de vida señalado por todas las participantes. Los resultados de este estudio subrayan la importancia de los sentimientos subjetivos de capacidad (capacitación) en contradicción con los de dependencia. Estos sentimientos pueden reflejar una sensación de autoestima que puede derivar de costumbres o experiencias culturales específicas, o bien de logros personales, dando lugar finalmente a una potenciación del sentido del valor que hace que la persona mayor pueda dar pero también recibir.

Cook et al^{53,54} estudiaron también la participación y la calidad de vida de mujeres de edad avanzada pertenecientes a distintos grupos étnicos. Un aspecto clave de su estudio fue el hecho de que las mujeres evaluadas estaban implicadas en la prestación de servicios locales. El equipo Older Women's Lives and Voices (vidas y voces de las mujeres mayores) utilizó una amplia gama de técnicas de investigación participativas (de carácter cualitativo), incluido el reclutamiento de mujeres mayores «voluntarias» que habían sido formadas para la realización de entrevistas. En lo relativo a muchas de las mujeres mayores participantes en este estudio, ésta fue su primera oportunidad de exponer en grupo sus necesidades y experiencias. Este estudio demostró que, cuando se les ofrece el apoyo y las oportunidades adecuadas, las mujeres mayores son capaces de definir y expresar sus propias necesidades; también se demostró que estas mujeres tienen un deseo firme de que se escuche su voz. Las participantes señalaron que un elemento importante para mejorar su calidad de vida era la posibilidad de que pudieran expresar sus propias necesidades de manera que fueran tomadas en consideración, tanto a nivel político como práctico. Sin embargo, estas mujeres se enfrentaban a distintas barreras, como la discriminación por la edad, el racismo y los problemas asociados al idioma y, en consecuencia, se sentían excluidas de los servicios.

Finalmente, en un estudio con diseño novedoso realizado por Withnall y Thompson⁵⁵ se evaluó el papel que desempeñan el aprendizaje y la educación en las etapas avanzadas de la vida. En este estudio se demostró que el aprendizaje por parte de las personas mayores es percibido con una amplia gama de elementos positivos, de ma-

nera que la simple adquisición de nuevos conocimientos es posiblemente lo menos importante. Se demostró que las personas mayores muestran un interés considerable por una amplia gama de materias y que siguen aprendiendo a través de diversos métodos. Sin embargo, las etiquetas utilizadas por los educadores del tipo de «participación» y «no participación» carecen de significación para muchas personas mayores que contemplan y viven el aprendizaje principalmente como una actividad informal que forma parte integral de sus vidas cotidianas.

CONCLUSIÓN

En esta panorámica general del trabajo que se ha llevado a cabo en el contexto del GO, sólo se han podido recoger algunas indicaciones de los resultados obtenidos hasta el momento. No fue posible mencionar las contribuciones del GO a cuestiones genéricas como, entre otras, la metodología de investigación. Es evidente que el GO ha generado nuevos conocimientos respecto a una amplia gama de cuestiones relacionadas con la calidad de vida en la vejez. Además, el GO ha abierto nuevas fronteras en el conocimiento de este campo a través de métodos sin precedentes: desde la cuantificación de la calidad de vida en la vejez hasta el estudio de la exclusión, desde el papel desempeñado por transporte hasta el problema de la soledad, y desde el bienestar en función del entorno hasta la espiritualidad. Indudablemente, el GO ha construido una nueva y sustancial base de evidencia para su uso por parte de los políticos^{1,2,4}. La posibilidad de que los políticos y los profesionales del Reino Unido y de otros países utilicen o no esta evidencia es una de las principales incertidumbres relacionadas con el GO.

BIBLIOGRAFÍA

- Dean M. *Growing Older in the 21st Century*. Swindon: ESRC; 2003.
- IMERSO 2006. *Envejecer en el siglo XXI. Perfiles y Tendencias 21*. Madrid: IMERSO; 1983.
- Walker A, Hagan Hennessy C. *Growing Older - Quality of Life in Old Age*. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill; 2004.
- Walker A. *Growing Older in Europe*. Maidenhead: McGraw-Hill; 2005.
- Walker A. *Understanding Quality of Life in Old Age*. Maidenhead: McGraw-Hill; 2005.
- Walker A. *Public Policy and Theories of Ageing: Constructing and Reconstructing Old Age*. En: *Handbook of Theories of Ageing*. New York: Springer; 1999.
- Walker A. *The ESRC GO Programme - A Progress Report*. *Generations Review*. 2001;11:18-9.
- Baltes P, Baltes M. *Successful Ageing: Perspectives from the Behavioural Sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990.
- Johnson M. *That was your life: a biographical approach to later life*. En: *Martinius Nijhoff, editor. Dependency and Interdependency in Old Age*. The Hague: Martines Nijhoff; 1996.
- Rowe J, Kahn R. *The Forum - Successful Ageing*. *The Gerontologist*. 1997;37:433-40.
- Gubrium J, Lynott R. *Rebuilding Life Satisfaction*. *Human Organisation*. 1983;42:33-8.
- Guillemard AM. *Old Age and the Welfare State*. London: Sage; 1983.
- Phillipson C, Walker A. *Ageing and Social Policy*. London: Gower; 1986.
- Phillipson C, Walker A. *The Case for a Critical Gerontology*. En: *Social Gerontology: New Directions*. London: Gower; 1987.
- Walker A. *The social Creation of Poverty and Dependence in Old Age*. *Journal of Social Policy*. 1980;9:50-75.
- Walker A. *Towards a Political Economy of Old Age*. *Ageing and Society*. 1981;1:73-94.
- Minkler M, Estes C. *Readings in the Political Economy of Aging*. New York: Baywood; 1984.
- Minkler M, Estes C. *Critical Gerontology: Perspectives from Political and Moral Economy*. New York: Baywood, Amityville; 1999.
- Baars J, Dannefer D, Phillipson C, Walker A. *Ageing, Globalisation and Inequality*. New York: Baywood; 2006.
- Fernández-Ballesteros R, Zamarron M, Ruiz MA. *The Contribution of socio-demographic and Psychosocial Factors to Life Satisfaction*. *Ageing and Society*. 2001;21:25-44.
- McKeivitt C, Wolfe C, La Placa V. *Comparing Professional and Patient Perspectives on Quality of Life*. *GO Findings 2, Growing Older Programme*. Sheffield: University of Sheffield; 2002.
- Blane D, Wiggins R, Higgs P, Hyde M. *Inequalities in Quality of Life in Early Old Age*. *GO Findings 9, Growing Older Programme*. Sheffield: University of Sheffield; 2002.
- Wiggins R, Higgs P, Hyde M, Blane D. *Quality of Life in the Third Age: Key Predictors of the CASP-19 Measure*. *Ageing & Society*. 2004;24:693-708.
- Doyal L, Gough I. *A theory of human need*. Houndmills: Macmillan; 1991.
- Bowling A, Gabriel Z, Banister D, Sutton S. *Adding Quality to Quantity: Older People's Views on their Quality of Life and its Enhancement*. *GO Findings 7, Growing Older Programme*. Sheffield: University of Sheffield; 2002.
- Bowling A. *Ageing Well*. Maidenhead: McGraw-Hill; 2005.
- Gabriel Z, Bowling A. *Quality of Life from the Perspective of Older People*. *Ageing & Society*. 2004;24:675-92.
- Blakemore K, Boneham M. *Age, Race and Ethnicity: A Comparative Approach*. Buckingham: OU Press; 1994.
- Nazroo J, Bajekal M, Blane D, Grewal I, Lewes J. *Ethnic Inequalities in Quality of Life at Older Ages: Subjective and Objective Components*. *GO Findings 11, Growing Older Programme*. Sheffield: University of Sheffield; 2003.
- Bajekal M, Blane D, Grewal I, Karlsen S, Nazroo J. *Ethnic Differences in Influences in Quality of Life at Older Ages*. *Ageing & Society*. 2004;24:709-28.
- Scharf T, Phillipson C, Smith A, Kingston P. *Older People in Deprived Neighbourhoods: Social Exclusion and Quality of Life in Old Age*. *GO Findings 19, Growing Older Programme*. Sheffield: University of Sheffield; 2003.
- Smith A, Sim J, Scharf T, Phillipson C. *Determinants of Quality of Life Amongst Older People in Deprived Neighbourhoods*. *Ageing & Society*. 2004;24:793-814.
- Townsend P. *Poverty in the United Kingdom*. Harmondsworth: Penguin Books; 1979.
- Beaumont JG, Kenealy P. *Quality of Life of Healthy Older People: Residential Setting and Social Comparison Processes*. *GO Findings 20, Growing Older Programme*. Sheffield: University of Sheffield; 2003.
- Gilhooly M, Hamilton K, O'Neill M, Gow J, Webster N, Pike F. *Transport and Ageing: Extending Quality of Life via Public and Private Transport*. *GO Findings 16, Growing Older Programme*. Sheffield: University of Sheffield; 2003.
- Peace S, Holland C, Kellaher L. *Environment and Identity in Later Life: a cross-setting study*. *GO Findings 18, Growing Older Programme*. Sheffield: University of Sheffield; 2003.
- Cabinet Office. *Winning the Generation Game*. London: The Stationery Office; 2002.
- Walker A. *A Strategy for Active Ageing*. *International Social Security Review*. 2002;55:121-39.
- Beaumont JG, Kenealy P. *Quality of Life Perceptions and Social Comparisons in Healthy Old Age*. *Ageing & Society*. 2004;24:755-70.
- Evandrou M, Glaser K. *Family Work and Quality of Life: Changing Economic and Social Roles*. *GO Findings 5, Growing Older Programme*. Sheffield: University of Sheffield; 2002.
- Evandrou M, Glaser K. *Family, Work and Quality of Life: Changing Economic and Social Roles Through the Lifecourse*. *Ageing & Society*. 2004;24:771-92.
- Robertson I, Warr P, Butcher V, Callinan M, Bardzil P. *Older People's Experience of Paid Employment: Participation and Quality of Life*. *GO Findings 14, Growing Older Programme*. Sheffield: University of Sheffield; 2003.

43. Bennett K, Smith P, Hughes G. Older Widow(er)s: Bereavement and Gender Effects on Lifestyle and Participation. GO Findings 6, Growing Older Programme. Sheffield: University of Sheffield; 2002.
44. McKee K, Wilson F, Elford H, Goudie F, Chung M, Bolton E, et al. Evaluating the Impact of Reminiscence on the Quality of Life of Older People. GO Findings 8, Growing Older Programme. Sheffield: University of Sheffield; 2002.
45. Arber S, Davidson K, Daly T, Perren K. Older Men: Their Social Worlds and Healthy Lifestyles. GO Findings 12, Growing Older Programme. Sheffield: University of Sheffield; 2003.
46. Clarke L, Roberts C. Grandparenthood: Its Meaning and Its Contribution to Older People's Lives. GO Findings 22, Growing Older Programme. Sheffield: University of Sheffield; 2003.
47. Coleman P, McKiernan F, Mills A, Speck P. Spiritual Beliefs and Existential Meaning in Later Life: The Experience of Older Bereaved Spouses. GO Findings 3, Growing Older Programme. Sheffield: University of Sheffield; 2002.
48. Baldock J, Hadlow J. Housebound Older People: The Links Between Identity, Self-esteem and the Use of Care Services. GO Findings 4, Growing Older Programme. Sheffield: University of Sheffield; 2002.
49. Tester S, Hubbard G, Downs M, MacDonald C, Murphy J. Exploring Perceptions of Quality of Life of Frail Older People During and After their Transition to Institutional Care. GO Findings 24, Growing Older Programme. Sheffield: University of Sheffield; 2003.
50. Victor C, Bowling A, Bond J, Scambler S. Loneliness, Social Isolation and Living Alone in Later Life. GO Findings 17, Growing Older Programme. Sheffield University of Sheffield; 2003.
51. Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A. Loneliness in Later Life. En: Growing Older. Maidenhead: McGraw-Hill; 2004.
52. Afshar H, Franks M, Maynard M. Women, Ethnicity and Empowerment in Later Life. GO Findings 10, Growing Older Programme. Sheffield: University of Sheffield; 2002.
53. Cook J, Maltby T, Warren L. Older Women's Lives and Voices: Participation and Policy in Sheffield. GO Findings 21, Growing Older Programme. Sheffield: University of Sheffield; 2003.
54. Cook J, Maltby T, Warren L. A Participatory Approach to Older Women's Quality of Life. *Ageing & Society*. 2004;24:149-66.
55. Withnall A, Thompson V. Older People and Lifelong Learning: Choices and Experiences. GO Findings 13, Growing Older Programme. Sheffield: University of Sheffield; 2003.