

**Estudios y  
Análisis**

**Trabajos de  
investigación**

**Análisis de los  
indicadores de  
bienestar y calidad  
de vida para  
grupos  
específicos: el  
caso de la tercera  
edad**



**Análisis de los indicadores de bienestar y  
calidad de vida para grupos específicos:  
el caso de la tercera edad**

**Instituto de Estadística de Andalucía**

Marqués del Nervión, 40

41071 Sevilla

Apartado Oficial 7107/24

Teléfono: 954 93 85 00

Fax: 954 58 30 11 / 954 57 68 49

E-mail: [difus@iea.junta-andalucia.es](mailto:difus@iea.junta-andalucia.es)

[www.iea.junta-andalucia.es](http://www.iea.junta-andalucia.es)

# **Análisis de los indicadores de bienestar y calidad de vida para grupos específicos: el caso de la tercera edad**

### **Datos catalográficos**

ANÁLISIS de los indicadores de bienestar y calidad de vida para grupos específicos : el caso de la tercera edad / Manuel Pérez Yruela, José Fernando Aguilar González, Rafael Serrano del Rosal. -- Sevilla : Instituto de Estadística de Andalucía, 2000

35 p. ; 30 cm. -- (Estudios y Análisis. Trabajos de Investigación)

D.L. SE-1656-2000

1. Asistencia a los ancianos. 2. Indicadores sociales. 3. Condiciones de vida. 4. Necesidades básicas. 5. Métodos de investigación I. Pérez Yruela, Manuel. II. Aguilar González, José Fernando. III. Serrano del Rosal, Rafael. IV. Instituto de Estadística de Andalucía. V. Serie CALIDAD DE LA VIDA

### **Grupo de Investigación**

Manuel Pérez Yruela (investigador principal)

José Fernando Aguilar González

Rafael Serrano del Rosal

El Instituto de Estadística de Andalucía subvenciona este trabajo de investigación, cuya publicación pretende facilitar la difusión de estudios de interés para el conocimiento de la realidad andaluza.

Los análisis y conclusiones expuestos han de atribuirse a la personal responsabilidad de sus autores, y no reflejan necesariamente la opinión del Instituto de Estadística de Andalucía.

Año de Edición: 2000 Instituto de Estadística de Andalucía

© Instituto de Estadística de Andalucía

Depósito Legal: SE-1656-2000

Tirada: 250 ejemplares

**Imprenta**

Ruiz Melgarejo

*Reproducción autorizada con indicación de la fuente bibliográfica y autor/es, excepto para fines comerciales.*

# Presentación

El Instituto de Estadística de Andalucía, en atención a su función de impulso y fomento de la investigación, promueve la realización de trabajos de investigación sobre temas de interés para la Comunidad Autónoma de Andalucía, mediante convocatorias anuales de ayudas a proyectos de investigación estadística.

La presente publicación ofrece un resumen del proyecto de investigación titulado *Análisis de los indicadores de bienestar y calidad de vida para grupos específicos: el caso de la tercera edad*, que fue subvencionado en la convocatoria correspondiente a 1993.

Básicamente, esta investigación desarrolla dos ejes argumentales: por una parte, justifica la pertinencia teórica de concebir la calidad de vida en términos de una teoría sustantiva de lo bueno apoyada en los conceptos de necesidades y deseos, y por otra, revisa documentalmente una muestra de trabajos de investigación sobre la tercera edad en Andalucía.

Cabe reseñar, asimismo, que la investigación concluye que la mayoría de los estudios sobre calidad de vida de la tercera edad en Andalucía se apoyan implícitamente en una concepción sustantiva de lo bueno en la que predomina el uso de indicadores objetivos.

Desde estas líneas, quiero agradecer a los autores de los trabajos el esfuerzo dedicado al desarrollo de sus proyectos, y animar a la comunidad científica de Andalucía a continuar su labor de mejora del conocimiento de la realidad social y económica andaluza.

**Gaspar J. Llanes Díaz-Salazar**  
Instituto de Estadística de Andalucía  
Director

# Índice general

1. Calidad de vida: teorías sustantivas, teorías hedonistas y teorías de la satisfacción de deseos
2. Necesidades y deseos
3. Indicadores de calidad de vida para la tercera edad
4. Calidad de vida de los ancianos andaluces: análisis de una muestra de trabajos realizados
5. Conclusión
6. Bibliografía

## INDICADORES SOCIALES DE CALIDAD DE VIDA Y TERCERA EDAD

Fernando Aguiar  
Manuel Pérez Yruela  
Rafael Serrano<sup>1</sup>

### *1. Calidad de vida: teorías sustantivas, teorías hedonistas y teorías de la satisfacción de deseos*

Cuando hacemos referencia a la calidad de las cosas queremos indicar, por lo común, sus diferentes maneras de ser en relación con lo bueno y lo malo<sup>2</sup>. Si lo que deseamos conocer es la calidad de un cuchillo tendremos que apelar a una serie de criterios más o menos bien definidos, como, por ejemplo, la dureza y resistencia del material con el que está hecha su hoja (piedra, bronce o acero inoxidable). Así diremos de un cuchillo que es bueno o malo según sea buena o mala la calidad del material con que se ha hecho. Y si de lo que se trata es de juzgar la calidad de un instrumento musical -pensemos en un piano- habremos de evaluar, entre otras cosas, su sonoridad y la suavidad o dureza de su teclado. En ambos casos, cuchillo y piano, su buena o mala calidad tienen que ver con el fin para el

---

<sup>1</sup> Los autores le agradecen a Andrés de Francisco las críticas a una primera versión de este artículo.

<sup>2</sup> La cláusula "por lo común" que hemos añadido sólo pretende recordar que "calidad" puede ser equivalente a "cualidad", como en la frase "la bondad es la calidad de lo bueno" (véase María Moliner, Diccionario de uso del Español, Madrid, Gredos, 1984).



que han sido fabricados; cortar y producir un tipo específico de sonidos respectivamente.

Ahora bien, cuando lo que hemos de valorar es la calidad de la vida humana no resulta tan claro qué es lo que hace que una vida sea buena; cuáles son los criterios que nos permiten juzgar la calidad, buena o mala, de la vida de una persona, un grupo social o una sociedad en su conjunto. Y aún menos evidente nos parece que la vida humana, a diferencia de los cuchillos y los pianos, tenga un fin concreto, sea éste la búsqueda de la felicidad, del placer, de la sabiduría o cualquier otro.

La dificultad que entraña juzgar la calidad de la vida humana queda patente en los distintos enfoques propuestos. Se ha considerado, por ejemplo, que sólo es posible entender qué es la calidad de vida desde una perspectiva *subjetiva*, esto es, desde el punto de vista de las evaluaciones que los individuos realizan sobre su propia vida<sup>3</sup>. Por otro lado se hallan quienes creen más conveniente definir la calidad de vida en términos *objetivos*, apelando a algún criterio interpersonal de medición que "intente valorar el nivel de vida individual de manera que se vea lo menos influido posible por la evaluación que hace el individuo de su propia situación"<sup>4</sup>.

Los debates teóricos sobre las definiciones objetivas o subjetivas de la calidad de vida produjeron a su vez enconados

---

<sup>3</sup> Para K. W. Terhune (1973, vol. II, p. 22) [citado por Setién (1993, p. 67)], por ejemplo, "la calidad de vida se refiere a la experiencia humana, y los criterios de calidad de vida son aquellas dimensiones de la vida hacia las cuales la gente experimenta niveles de satisfacción-insatisfacción (placer-desagrado, felicidad-infelicidad, etc.)".

<sup>4</sup> Erikson (1993, p. 77).

debates empíricos -cuando tan en boga se hallaba el denominado "movimiento de los indicadores sociales"- sobre la validez de los correspondientes indicadores "objetivos" o "subjetivos". Tales debates trajeron consigo a menudo posturas dogmáticas que, como ha señalado recientemente Erik Allardt, conducían bien a un "conservadurismo infructuoso" -en el caso de las mediciones subjetivas- o al "dogmatismo de los expertos" -en el caso del uso exclusivo de indicadores objetivos<sup>5</sup>.

Haciendo nuestra una clasificación de Derek Parfit<sup>6</sup> que nos ayudará a poner algo de orden en este panorama y nos permitirá optar razonadamente por una perspectiva u otra, podemos afirmar que los denominados enfoques subjetivos de la calidad de vida son divisibles a su vez en dos tipos distintos de teorías: las teorías hedonistas y las teorías de la satisfacción de deseos.

Para las teorías hedonistas lo que hace que la vida sea mejor o peor es la calidad de algún tipo de experiencia subjetiva de la persona. Una buena vida sería aquella en la que nuestras vivencias nos produjeran, en general, placer o felicidad<sup>7</sup>. La diferencia entre las distintas teorías hedonistas se establece según lo que se entienda por felicidad y placer. Para las teorías

---

<sup>5</sup> Allardt (1993, p. 92). El propio Allardt propone una vía intermedia, pues define objetivamente la calidad de vida en términos de satisfacción de necesidades básicas, "sin las cuales los seres humanos serían incapaces de sobrevivir, evitar la miseria, relacionarse con otras personas y evitar la alienación", pero emplea tanto indicadores objetivos de calidad de vida como subjetivos.

<sup>6</sup> Véase Parfit (1984, p. 4).

<sup>7</sup> En Michalos (1985, 1987) y Nordenfelt (1993) se pueden encontrar dos definiciones de la calidad de vida en términos de felicidad.

de la satisfacción de deseos la calidad de vida de las personas se define -y se mide- por el grado en que sus deseos y preferencias se satisfacen a lo largo de sus vidas<sup>8</sup>.

Las teorías objetivas se pueden englobar bajo la etiqueta general de *teorías sustantivas de lo bueno*. Se trataría de todas aquellas teorías para las que la valoración de la calidad de vida "se basa en afirmaciones sustantivas sobre qué bienes, condiciones y oportunidades hacen que la vida sea mejor"<sup>9</sup>. En ocasiones las valoraciones de estas teorías pueden entrar en contradicción con la apreciación subjetiva que albergue una persona sobre su bienestar. Pero ello no supone que todas estas teorías hayan de conducir necesariamente -aunque algunas lo hagan- a métricas objetivas, sino que pueden emplear, como veremos, indicadores tanto subjetivos como objetivos. Pues si bien se considera desde un enfoque sustantivo que la calidad de vida no depende completamente de los estados subjetivos de los individuos ni de la satisfacción de sus deseos, estados subjetivos y deseos se han de tener en cuenta, aunque, como veremos en la siguiente sección, en un orden jerárquico inferior.

En lo que sigue se intentará defender una aproximación a la calidad de vida en términos de una teoría sustantiva cuyo

---

<sup>8</sup> Véase Campbell, Converse y Rodgers (1976).

<sup>9</sup> Scanlon (1993, p. 189). La denominación de "teorías sustantivas de lo bueno" (adaptación libre de "substantive good theories", que literalmente sería "teorías del bien sustantivo"), es de este autor. Su intención, acertada a nuestro entender, consiste en sustituir la denominación de Parfit -a quien, en cualquier caso, sigue Scanlon- de "teorías que ofrecen una lista objetiva" ("objective list theories"). La idea de una "lista" parece atribuir cierta arbitrariedad a esas teorías, mientras que el concepto de "objetivas" nos lleva a pensar, según Scanlon, en cierta rigidez.

substrato sea la prioridad moral de las necesidades frente a los deseos, sin que estos últimos (y los indicadores que de ellos se puedan desprender) se dejen de tener en cuenta<sup>10</sup>. Veremos cómo esta defensa, lejos de ser puramente teórica, se halla en consonancia con la práctica empírica desarrollada en las mediciones de la calidad de vida de la tercera edad. Por último, la relación entre una concepción sustantiva de la calidad de vida y los indicadores usuales empleados en los estudios sobre tercera edad se ejemplificará mediante el análisis de una selección de trabajos realizados en Andalucía.

## **2. Necesidades y deseos**

Resulta conveniente no exagerar "la superioridad [moral] inherente a las exigencias basadas en las necesidades sobre las exigencias basadas en los deseos"<sup>11</sup>. Parece claro que existen deseos cuya satisfacción no sólo es legítima sino que implican una mejora en la calidad de vida de las personas. Pero, a nuestro modo de ver, ni siquiera los deseos bien informados -esto es, aquellos que no implican actitudes caprichosas, compulsivas,

---

<sup>10</sup> A partir de ahora identificamos las teorías hedonistas con las teorías de la satisfacción de deseos. Esta identificación es legítima en la medida en que la mayoría de los sistemas de indicadores sociales subjetivos conciben la calidad de vida ya como satisfacción de expectativas (esto es, lo que uno desea que ocurra en el futuro) ya en términos de felicidad, mas entendiendo ésta en términos utilitaristas como satisfacción de deseos. Véase, por ejemplo, Michalos (1985).

<sup>11</sup> Frankfurt (1988, p. 104).

substrato sea la prioridad moral de las necesidades frente a los deseos, sin que estos últimos (y los indicadores que de ellos se puedan desprender) se dejen de tener en cuenta<sup>10</sup>. Veremos cómo esta defensa, lejos de ser puramente teórica, se halla en consonancia con la práctica empírica desarrollada en las mediciones de la calidad de vida de la tercera edad. Por último, la relación entre una concepción sustantiva de la calidad de vida y los indicadores usuales empleados en los estudios sobre tercera edad se ejemplificará mediante el análisis de una selección de trabajos realizados en Andalucía.

## **2. Necesidades y deseos**

Resulta conveniente no exagerar "la superioridad [moral] inherente a las exigencias basadas en las necesidades sobre las exigencias basadas en los deseos"<sup>11</sup>. Parece claro que existen deseos cuya satisfacción no sólo es legítima sino que implican una mejora en la calidad de vida de las personas. Pero, a nuestro modo de ver, ni siquiera los deseos bien informados -esto es, aquellos que no implican actitudes caprichosas, compulsivas,

---

<sup>10</sup> A partir de ahora identificamos las teorías hedonistas con las teorías de la satisfacción de deseos. Esta identificación es legítima en la medida en que la mayoría de los sistemas de indicadores sociales subjetivos conciben la calidad de vida ya como satisfacción de expectativas (esto es, lo que uno desea que ocurra en el futuro) ya en términos de felicidad, mas entendiendo ésta en términos utilitaristas como satisfacción de deseos. Véase, por ejemplo, Michalos (1985).

<sup>11</sup> Frankfurt (1988, p. 104).

dañinas para terceros, etc.- justifican la obligación moral de promover su satisfacción, ya sea individualmente o mediante la intervención de alguna institución de bienestar social, al menos mientras que las necesidades no estén cubiertas<sup>12</sup>.

El mero hecho de necesitar algo no basta, sin embargo, para justificar su prioridad frente a los deseos: puesto que toda necesidad es instrumental -se necesita *X para Z*; esto es, una operación para estar sano o un barco para cruzar el Atlántico<sup>13</sup>- la prioridad frente a los deseos bien informados dependerá de la naturaleza de *Z*, es decir del fin para el que necesitamos algo. Y no todas las necesidades satisfacen un fin tal que las haga merecedoras de ser satisfechas frente a cualquier deseo, incluso los más razonables. Como ha señalado Frankfurt, es preciso establecer un *Principio de Prioridad* ("*Precedence Principle*") que delimite el territorio de las necesidades que son moralmente prioritarias frente a los deseos de las que no lo son. Según Frankfurt,

"Es la relación con el daño [*harm*] lo que diferencia a las necesidades que satisfacen el Principio de Prioridad, y que son por ello moralmente interesantes, de otras. La

---

<sup>12</sup> Para una opinión bien distinta, en la que se propone una teoría utilitarista del bienestar y la calidad de vida basada en la noción de deseos bien informados véase Griffin (1986).

<sup>13</sup> Sobre el carácter instrumental de los enunciados de necesidad véase Barry (1965, sección 5 A), Doyal y Gough (1991, p. 39) y Ramsay (1992, cap 1). Para un detallado análisis del concepto de necesidad véase Wiggins (1987, p. 7 y ss.), quien distingue entre *necesidades instrumentales* ("Para ir a Sevilla necesito coger el tren") y *necesidades categóricas* ("Para vivir necesito alimento"), que están ligadas a la idea de naturaleza humana y obligación moral. Pese a su indudable interés dejaremos de lado los refinamientos analíticos de Wiggins. En Megone (1992) se puede encontrar una revisión reciente de sus puntos de vista.

necesidad de una persona tiene interés moral solamente si como consecuencia de que su necesidad no se satisficiera sufriera, o siguiera sufriendo, algún daño. Esta condición puede ser satisfecha, por supuesto, incluso si la persona no tiene deseo alguno por el objeto necesitado"<sup>14</sup>.

Ahora bien, ¿qué hemos de entender por "sufrir un daño"? En general podemos considerar que una persona sufre un grave daño cuando se ve incapaz de tomar parte plenamente en las actividades de su sociedad<sup>15</sup>. La satisfacción de necesidades básicas sería, pues, la precondition que posibilita la acción o participación en la sociedad a la que se pertenece. Dicho en otros términos, las necesidades básicas -cuya satisfacción es moralmente prioritaria a la satisfacción de deseos- serían "aquellas que han de ser satisfechas en cierta medida antes de que los actores sociales puedan participar efectivamente" en la sociedad a la que pertenecen<sup>16</sup>. La salud física así como la autonomía -estar sano y ser autónomo- son las necesidades básicas objetivas (pues son independientes de los des<sup>e</sup>os y las preferencias individuales) y universales (ya que son idénticas para todo el mundo) que posibilitan el desarrollo mínimo del individuo en una sociedad.

Si la necesidad básica "salud", entendida en sentido negativo como ausencia de enfermedad, resulta más o menos clara, no ocurre lo mismo con la autonomía: se trata de un concepto empleado a menudo en los trabajos sobre Tercera Edad en el

---

<sup>14</sup> Frankfurt (1988, p. 109. Subrayado nuestro). Para una crítica del Principio de Prioridad véase Goodin (1988, pp. 27-50).

<sup>15</sup> Para lo que sigue nos hemos basado en Doyal y Gough (1991).

<sup>16</sup> Doyal y Gough (1991, p. 50).

sentido de autonomía funcional, con lo que se convierte en uno de los elementos de la salud física. La autonomía habría de entenderse, más bien, como la capacidad para tomar decisiones informadas sobre lo que se debe hacer y cómo hacerlo. Se trata de un concepto que entraña a su vez tres elementos fundamentales: el aprendizaje y desarrollo de conocimientos, la salud mental y el desarrollo de oportunidades, esto es, la libertad de elegirse como persona y la libertad de elección política y de participación en la toma de decisiones de la sociedad en que se vive<sup>17</sup>.

La satisfacción de las necesidades básicas de salud y autonomía -necesidades que son objetivas y universales- puede lograrse mediante bienes muy distintos que son culturalmente relativos. La necesidad básica de una cantidad diaria mínima de calorías puede satisfacerse con alimentos diferentes; las necesidades de aprendizaje pueden lograrse a través de medios diversos<sup>18</sup>. Ahora bien, los distintos bienes o satisfactores

---

<sup>17</sup> A la participación en la toma de decisiones de una sociedad la denominan los autores "autonomía crítica". Esta se apoya en la autonomía (la capacidad misma de decidir), que es previa a la anterior y que presupone la salud mental y el aprendizaje. Véase Doyal y Gough (1991, p. 59 y ss.).

<sup>18</sup> La siguiente cita de Sen resulta muy aclaradora de la diferencia que existe entre satisfactores socialmente relativos y necesidades objetivas: "Theo Cooper ha señalado...que en Europa Occidental y en Norteamérica un niño puede no ser capaz de seguir el programa de su colegio a menos que tenga una televisión. Si esto es así, entonces el niño que no tenga televisión en Gran Bretaña o Irlanda estaría realmente peor -tiene un nivel de vida más bajo- en relación con un niño de Tanzania, por ejemplo, que no tenga televisión. No se trata de que el niño británico o irlandés tenga una necesidad nueva, sino de que para satisfacer la misma necesidad que el niño tanzano -la necesidad de ser educado- el niño británico o irlandés ha de tener más bienes" (Sen, 1984, pp. 336-337). Si la pobreza o la necesidad de educación fueran relativas en el espacio de las necesidades,



culturalmente relativos poseen unas características universales que todo el mundo ha de ver satisfechas para que su salud y su autonomía no se vean mermadas. A este conjunto de propiedades universales de los bienes los denominan Doyal y Gough necesidades intermedias o intermediarias, pues "proporcionan el puente crucial entre las necesidades básicas universales y los satisfactores socialmente relativos"<sup>19</sup>. En otras palabras, dado el carácter instrumental de las necesidades, podemos afirmar que es preciso estar sano y ser autónomo *para* no sufrir un grave daño que nos impida participar en nuestra sociedad, y necesitamos de las características universales de los bienes (necesidades intermedias) *para* estar sanos y ser autónomos. Dichas características o necesidades serían las siguientes, según ambos autores<sup>20</sup>:

- alimento y agua adecuados
- vivienda adecuada
- ambiente de trabajo que no entrañe peligro
- medioambiente que no entrañe peligro
- cuidados sanitarios adecuados
- infancia segura
- relaciones primarias significativas
- seguridad física
- seguridad económica
- control de la natalidad y embarazo seguros
- educación básica

---

bastaría con que todo el mundo fuera pobre o careciera de educación para que no hubiera pobres ni necesidad de recibir educación. Sin un concepto objetivo y universal de necesidades este tipo de operaciones relativistas sería posible.

<sup>19</sup> Doyal y Gough (1991, p. 157).

<sup>20</sup> Doyal y Gough (1991, pp. 157-158).

Los bienes concretos que satisfacen necesidades básicas son, pues, culturalmente relativos, pero sus características -las necesidades intermedias- son objetivas y universales. Como veremos más adelante, tanto la salud y la autonomía como casi todas las necesidades intermedias establecidas por Doyal y Gough, están presentes en la mayoría de los sistemas de indicadores sociales de calidad de vida aplicados a las personas mayores.

Con todo, no es nuestra intención, como se dijo más arriba, identificar exclusivamente la calidad de vida con la satisfacción de necesidades, sino con la satisfacción tanto de necesidades como de deseos. Mas estos han de ser satisfechos una vez que las necesidades hayan sido cubiertas. A la hora de decidir, un individuo o una institución de bienestar social, por una combinación de bienes en lugar de otra, deberá decantarse por la más importante jerárquicamente, es decir, por aquella que satisface necesidades básicas e intermedias. Una vez satisfechas éstas se podrá descender en la jerarquía de modo que los deseos determinen la elección. Esto permite establecer un *orden lexicográfico* de preferencias entre necesidades y deseos<sup>21</sup>.

Supongamos que la combinación de los alimentos  $x_1$  (pan) y  $x_2$  (mermelada) en distintas proporciones aporta a un individuo diferentes cantidades,  $k$ , de calorías. Si la necesidad de alimento es urgente para la persona en cuestión, ésta siempre elegirá una combinación de bienes en lugar de otra sobre la base del tamaño de  $k$ , hasta cierto límite  $k = K$ . Ahora bien, cuando

---

<sup>21</sup> Sobre la naturaleza de los órdenes lexicográficos consúltese Georgescu-Roegen (1966, pp. 198 y ss.). Para una aplicación de este tipo de ordenaciones a los bienes que satisfacen necesidades y deseos véase Domènech (1985).

la combinación de pan y mermelada  $(x_1, x_2)$  aporte la misma cantidad  $k$  que la combinación  $(x'_1, x'_2)$ , será el deseo de una mayor cantidad de mermelada, y no la necesidad de alimento, lo que determine la elección<sup>22</sup>. Dadas las combinaciones de pan y mermelada  $C(x_1, x_2)$  y  $C'(x'_1, x'_2)$ ,  $C$  será preferida a  $C'$  siempre que se cumplan las cuatro condiciones siguientes<sup>23</sup>:

- 1)  $k' < k < K$
- 2)  $k' = k < K; x'_2 < x_2$
- 3)  $k' < K < k$
- 4)  $K < k, k'; x'_2 < x_2$

Las condiciones anteriores nos brindan la posibilidad de establecer un criterio para planificar la distribución de recursos escasos: siempre que se cuente con pocos recursos habrá de darse prioridad a la satisfacción de necesidades frente a deseos. Mas una vez cubiertas las necesidades de la población, la calidad de vida de las personas se diferenciará por el grado en que vean satisfechos sus deseos. La ordenación lexicográfica de necesidades y deseos nos permite, pues, adoptar una teoría sustantiva de la calidad de vida capaz de acoger tanto indicadores objetivos como subjetivos.

En la siguiente sección veremos en qué medida los sistemas de indicadores de calidad de vida usuales en el terreno de la

---

<sup>22</sup> Partimos del supuesto que nuestra persona en cuestión manifiesta una clara preferencia por la mermelada frente al pan.

<sup>23</sup> Véase Georgescu-Roegen (1966, p, 199).

atención a la tercera edad se apoyan en alguna concepción sustantiva de lo bueno y si esa concepción puede leerse en los términos expuestos en este apartado.

### **3. Indicadores de calidad de vida para la tercera edad**

En los últimos veinte años no han sido las teorías sustantivas las que han atraído más la atención de los investigadores. Desde que en el año 1976 Campbell, Converse y Rodgers publicaran su obra *The Quality of American Life*, en la que se presenta un enfoque subjetivo de la calidad de vida y su medición, se han multiplicado los trabajos en esta línea (bien en sus versiones hedonistas o de la satisfacción de deseos)<sup>24</sup>. El creciente interés por tal enfoque se justificó, por un lado, como reacción frente al uso indiscriminado de teorías sustantivas basadas en listas dispares de necesidades objetivas y, por otro, como reacción a la ideología desarrollista de los años cincuenta y sesenta. En los años sesenta en especial quedó patente que una

---

<sup>24</sup> Campbell, Converse y Rodgers (1976). Véase también Andrews y Withey (1976). En Social Indicators Research, revista que nos permite calibrar el peso de las distintas corrientes, han aparecido en los últimos años infinidad de artículos sobre el "bienestar subjetivo". Entre los más recientes cabe destacar Diener (1994), Stone y Kozma (1994), Lance y Sloan (1993), Yetim (1993), Heady (1993), Chamberlain (1992), Douthitt, MacDonal y Mullins (1992), Harley y Lavery (1991), Heady, Veenhoven y Wearing (1991), Shmotkin (1990).

sociedad puede gozar de cierta abundancia material y no sentirse, pese a todo, plenamente satisfecha<sup>25</sup>.

Ahora bien, aunque lo anterior pueda ser cierto, ello no supone que los enfoques subjetivos y los objetivos se hayan de contraponer. La idea expuesta más arriba de que es posible ordenar lexicográficamente necesidades y deseos, nos permite incluir las métricas subjetivas en cualquier consideración sustantiva de la calidad de vida. Poner el acento exclusivamente en indicadores subjetivos es legítimo siempre y cuando no se pretenda, al mismo tiempo, definir la calidad de vida sólo en términos subjetivos. Pues de hacerlo así resultará difícil no verse atrapado en la conocida paradoja del "pobre satisfecho". Si se define la calidad de vida apelando en exclusiva a una teoría hedonista o a una teoría de la satisfacción de deseos, resultará difícil entender el problema que nos presenta el fenómeno de las *preferencias adaptativas*: una persona que viva en una situación objetiva de pobreza pueda adaptarse a dicha situación de manera tal que se sienta satisfecha. Esto no debe llevarnos a la conclusión de que la calidad de vida de la persona pobre pero satisfecha -gracias a un proceso de autolimitación de

---

<sup>25</sup> "El concepto de Calidad de Vida ha surgido recientemente como efecto de una toma de conciencia social sobre las graves deficiencias que tras las primeras etapas de desarrollo económico se han ido poniendo de manifiesto.[...]. Contra la ideología desarrollista y expansionista, se esboza un modelo nuevo, en el que se revaloriza lo 'cualitativo' frente a lo 'cuantitativo'" [MOPU (1979, p. 11)]. Sobre el supuesto auge de los valores "posmaterialistas" en la sociedad occidental véase Inglehart (1991).

deseos y preferencias- es mayor que la de una persona rica pero insatisfecha<sup>26</sup>.

Aunque algunos de los estudios más importantes de las dos últimas décadas sobre la calidad de vida de la población en general se hayan situado en una perspectiva subjetiva, no ocurre lo mismo con los estudios sobre la calidad de vida de grupos específicos. Esto es especialmente cierto en los sistemas de indicadores desarrollados para medir la calidad de vida de la tercera edad, ya sea globalmente o en alguna de sus dimensiones. Salta a la vista, como veremos a continuación, la brecha existente entre el enfoque subjetivo, predominante en los últimos años, y los indicadores que se emplean usualmente en los estudios sobre tercera edad. Desde el momento en que tratamos de conocer la calidad de vida de grupos que pueden presentar problemas concretos y que, por lo tanto, pueden requerir una atención específica (esto es, una distribución específica de recursos, condiciones u oportunidades), se nos impone considerar la calidad de vida desde una teoría sustantiva que acoja tanto a indicadores objetivos como subjetivos<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Sobre el problema de las preferencias adaptativas véase Elster (1983 y 1988). Sobre la paradoja del "pobre satisfecho" véase Olson y Schober (1993). En este sentido resulta también de enorme interés el trabajo de Ainslie (1992) en el que se demuestra con qué frecuencia las personas tendemos a preferir una opción menos satisfactoria pero más inmediata frente a una opción mucho mejor pero que haya de conseguirse con alguna estrategia dilatoria del tipo "un paso adelante dos atrás".

<sup>27</sup> Un enfoque puramente subjetivo de la calidad de vida aplicado a la tercera edad puede encontrarse en Michalos (1982, 1986) y en McNeil, Stones y Kozma, A. (1986). En Wood y Johnson (1987) se puede encontrar una crítica del uso de datos cuantitativos para analizar la satisfacción con la vida de las personas mayores.

¿Cuál es la concepción de la calidad de vida que se desprende de los sistemas de indicadores más comunes en el ámbito de la tercera edad?. Responderemos a esta pregunta distinguiendo, como es usual, entre sistemas unidimensionales y sistemas multidimensionales<sup>28</sup>. Como se puede comprobar en las Tablas I, II y III los indicadores unidimensionales aplicados comúnmente a la tercera edad sustentan, tomados en conjunto, una teoría sustantiva de la calidad de vida en la que la salud física, medida objetivamente, la salud mental, medida objetiva y subjetivamente y la interacción social y con el entorno, medidas también objetiva y subjetivamente, serían las necesidades básicas que han de satisfacerse como condición previa para vivir una buena vida.

Los sistemas de indicadores de salud física distinguen entre salud física en general (enfermedades padecidas, días de hospitalización, dolores, indicadores fisiológicos, etc.) actividades ADL o de autocuidado (alimentarse, bañarse, asearse, vestirse, actividades de los miembros superiores e inferiores, etc.) y actividades IADL o instrumentales complejas (cocinar, limpiar, usar el teléfono, escribir, hacer la compra, etc.)<sup>29</sup>. Excepto el *Cornell Medical Index* que "refleja los sentimientos

---

<sup>28</sup> Para una información técnica más detallada sobre estos sistemas, de los que aquí presentamos una pequeña selección, consúltese Kane y Kane (1993), en quien nosotros nos hemos basado.

<sup>29</sup> Véase Kane y Kane (1993, pp. 27-28). Las siglas ADL hacen referencia a la expresión inglesa *Activities of Daily Living*, mientras que IADL se refiere a *Instrumental Activities of Daily Living*.

sobre la salud más que la salud en sí misma"<sup>30</sup>, el resto de los sistemas, como se ve en la Tabla I, emplean indicadores objetivos. Esto no podía ser de otra forma, pues parece demostrado que los sistemas subjetivos conducen a estimaciones erróneas, puesto que muchas personas mayores de 65 años "subestiman sus síntomas debido a la creencia de que ciertos problemas forman parte natural de la edad más que de la enfermedad"<sup>31</sup>. De la misma manera, se dan muchos casos en los que las personas mayores tienden a exagerar sus síntomas. El uso exclusivo de indicadores subjetivos nos conduciría en a lo que podríamos denominar como paradoja del enfermo resignado y paradoja del enfermo imaginario, lo que impediría la evaluación correcta de la salud de las personas mayores. Esto quizás explique el hecho, en lo que se refiere a la salud, de que los sistemas de indicadores usuales en los estudios específicos de tercera edad sean en su mayoría objetivos.

Por otro lado, la necesidad de salud mental -Tabla II- se subdivide en tres áreas: funcionamiento cognitivo (orientación, memoria, capacidad de percepción, resolución de problemas, capacidad de aprendizaje, etc.), funcionamiento afectivo (depresión reactiva, depresión endógena, riesgo de suicidio, desmoralización) y salud mental general (deterioro cognitivo y afectivo, presencia de psicopatología, abuso de drogas, etc.)<sup>32</sup>. Mientras que la medición del funcionamiento cognitivo se realiza

---

<sup>30</sup> Kane y Kane (1993, p. 36).

<sup>31</sup> Kane y Kane (1993, p. 36).

<sup>32</sup> Kane y Kane (1993, pp. 81-82).



mediante indicadores objetivos (conocimiento del nombre propio, del espacio, del tiempo, de hechos relevantes recientes, test de vocabulario, situaciones simuladas, etc.) la del funcionamiento afectivo emplea indicadores tanto objetivos como subjetivos (trastornos del sueño y el apetito, síntomas psicofisiológicos, sensación de fracaso, etc.). Así, por ejemplo, el *Zung SDS* incluye, entre otros, los siguientes ítems (hasta un total de 20), que el individuo debe evaluar contestando si le ocurre lo que se le pregunta "muy pocas veces", "algunas veces", "buena parte de las veces" o "la mayoría de las veces"<sup>33</sup>:

1. Me encuentro desanimado y triste
2. Me encuentro mejor por la mañana
7. Tengo problemas de estreñimiento
9. Mi corazón late más rápido de lo normal
13. Estoy nervioso y no me puedo estar quieto
14. Me siento optimista con respecto al futuro
17. Me siento útil

Como se ve, este sistema mide tanto objetiva como subjetivamente el funcionamiento afectivo. Otros sistemas, como el *Bradburn Affect Balance Scale*, optan en cambio por emplear sólo indicadores subjetivos para medir el funcionamiento afectivo. El hecho de que nos encontremos aquí con sistemas que adoptan un enfoque exclusivamente subjetivo se debe a la falta de acuerdo que existe aún sobre cómo medir el funcionamiento afectivo y cuál es la frontera en este ámbito entre lo subjetivo y lo objetivo. Esta falta de acuerdo queda clara cuando se

---

<sup>33</sup> Véase Kane y Kane (1993, p. 114).

destaca el hecho de que algunas medidas de bienestar subjetivo (Tabla III) no se diferencian excesivamente de las de funcionamiento afectivo (Tabla II). Así el *Life Satisfaction Index*, uno de los sistemas más empleados para medir el bienestar subjetivo de las personas mayores, incluye, entre otros, los siguientes ítems (a los que el entrevistado debe responder si está de acuerdo o en desacuerdo)<sup>34</sup>:

4. Soy tan feliz como cuando era joven
5. Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora
10. Me siento viejo y cansado

Como vimos anteriormente, estas cuestiones aparecen también en los sistemas diseñados para medir el funcionamiento afectivo.

Sin embargo, lo destacable de la Tabla III es que, tal y como lo presentan Kane y Kane, el bienestar subjetivo no sería el bienestar sin más -como se desprende de los sistemas subjetivos de indicadores de calidad de vida aplicados a la población en general- sino que, al igual que acontece con el área denominada "adecuación con el entorno", se incluyen en una categoría sustantiva, como son las relaciones sociales y con el entorno, compuesta de elementos objetivos y subjetivos. Categoría que ha de estar presente en cualquier teoría sustantiva de lo bueno y que debe ser medida mediante indicadores objetivos y subjetivos.

---

<sup>34</sup> Kane y Kane (1993, p. 179).

TABLA I

INDICADORES DE SALUD Y FUNCIONAMIENTO FISICOS		
AREAS	SISTEMAS DE INDICADORES OBJETIVOS	SISTEMAS DE INDICADORES SUBJETIVOS
SALUD FISICA	Cumulative Illness Rating Scales Health index PACE II OARS	Cornell Medical Index
ADL	PULSES Index of ADL Barthel Index Rapid Disability Rating Scale Range of Motion OARS	
IADL	Functional Health Status PCG of IADL PACE II OARS  Performance Activities of Daily Living Scale (PADL)	

Fuente: Elaboración propia a partir de Kane y Kane (1993, cap. 2)

**TABLA II**

SALUD Y FUNCIONAMIENTO MENTAL		
AREAS	SISTEMAS DE INDICADORES OBJETIVOS	SISTEMAS DE INDICADORES SUBJETIVOS
<b>FUNCIONAMIENTO COGNITIVO:</b> Orientación Memoria Capacidad de percepción Capacidad psicomotora Resolución de problemas Capacidad de aprendizaje Inteligencia	Viro Orientation Scale  Short Portable Mental Status Questionnaire (OARS)  Mental Status Questionnaire  Philadelphia Geriatric Center Questionnaire	
<b>FUNCIONAMIENTO AFECTIVO:</b> Depresión reactiva Depresión endógena Riesgo de suicidio Desmoralización	Zung Self-Rating Depression Scale  Modified Beck Depression Inventory	Zung SDS Modified Beck Depression Inventory  Hopkin Sympton Checklist Affect-Balance Scale
<b>SALUD MENTAL GENERAL:</b> Deterioro cognitivo Deterioro afectivo Paranoia Abuso de drogas Presencia de psicopatología	Screening Score OARS  Emotional Problems Questionnaire  Sandoz Clinical Assessment-Geriatric  Savage-Britton Index	Screening Score OARS  Emotional Problems Questionnaire  Savage-Britton Index

Fuente: Elaboración propia a partir de Kane y Kane (1993, cap. 3)

TABLA III

INTERACCION SOCIAL Y CON EL MEDIO		
AREAS	SISTEMAS DE INDICADORES OBJETIVOS	SISTEMAS DE INDICADORES SUBJETIVOS
INTERACCIONES Y RECURSOS SOCIALES	Role Activities Scale Mutual Support Index Family Structure and Contact Battery  Exchange of Support and Assistance Index  HRCA Social Interaction Inventory  OARS Social Resource Scale  Social Disfunction Rating Scale	Family APGAR  Social Disfunction Rating Scale
BIENESTAR SUBJETIVO		Philadelphia Geriatric Center Morale Scale  Life Satisfaction Index Contentment Index Oberlerder Attitude Scale
ADECUACION SUJETO-ENTORNO		ILR of Activities Check List  Perceived Environmental Constraints Index  Satisfaction With Nursing Home Scale Locus of Desired Control Scale

Fuente: Elaboración propia a partir de Kane y Kane (1993, cap. 4)

De este análisis se desprende que la distinción entre indicadores (o sistemas de indicadores) objetivos y subjetivos, como si se tratara de métricas completamente ajenas, puede conducir a errores de apreciación<sup>35</sup>. Esto implica a su vez que no podemos restringir el campo de estudio de la calidad de vida a las teorías subjetivas (hedonistas o de la satisfacción de

<sup>35</sup> Cuando nos centremos en indicadores objetivos o subjetivos exclusivamente es preciso advertir los límites y el alcance de la medición, sin identificar la medición objetivo o subjetiva con la definición de la calidad de vida.

deseos) ni a las teorías sustantivas que no incluyan indicadores subjetivos.

La conclusión anterior -producto de considerar algunos sistemas de indicadores unidimensionales de uso muy común en los trabajos sobre tercera edad tomados en conjunto- viene respaldada por la naturaleza sustantiva de los sistemas multidimensionales más frecuentes. La construcción de sistemas de indicadores multidimensionales capaces de proporcionar a un tiempo métricas objetivas y subjetivas sólo es posible si se concibe la calidad de vida desde una teoría sustantiva de lo bueno<sup>36</sup>.

Entre los sistemas multidimensionales de este tipo cabe destacar el *OARS (Older Americans Resource and Service Group)*, uno de los instrumentos de medición más empleados, que proporciona información sobre las cinco áreas o componentes siguientes de la calidad de vida:

"1. *Recursos sociales*: Cantidad y calidad de las relaciones con los amigos y la familia; disponibilidad de cuidados en los momentos de necesidad.

2. *Recursos económicos*: Adecuación de los ingresos y los recursos.

3. *Salud mental*: Grado de bienestar psíquico; presencia de enfermedades orgánicas.

4. *Salud física*: Presencia de trastornos físicos; participación en actividades físicas.

5. *ADL*: Capacidad para realizar varias tareas instrumentales y físicas (o cuidados corporales) que permitan al individuo vivir independientemente"<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Véase en este sentido el trabajo de George y Bearon (1980) sobre la calidad de vida de la tercera edad.

<sup>37</sup> Kane y Kane (1993. p. 227).

De nuevo se puede comprobar que las áreas destacadas coinciden con una concepción de la calidad de vida en términos sustantivos, cuyo elemento central es la satisfacción de necesidades básicas e intermedias (de salud, económicas, de interacción social, etc.), sin que por ello se descuide la medición del grado de satisfacción de las personas mayores con diversos aspectos de su vida. Ahora bien, la satisfacción para con la vida no es en el OARS el elemento definitorio central de la calidad de vida.

Otros instrumentos, como el *CARE* (*Comprehensive Assessment and Referral Evaluation*) y el *PACE I* (*Patient Appraisal and Care Evaluation*) poseen un carácter objetivo mayor que el *OARS*, pues se emplean en la evaluación global de pacientes que precisan cuidados a largo plazo en instituciones. En estos casos parece razonable la mayor presencia de indicadores objetivos: ello está en consonancia, una vez más, con la prioridad de las necesidades básicas frente a los deseos, tal y como se reflejó en nuestro orden lexicográfico. Lo cual no implica que no se puedan incluir indicadores subjetivos. De hecho una posterior versión del *PACE* (*PACE II*), incluye indicadores subjetivos en la dimensión denominada "factores psicosociales"<sup>38</sup>.

En cambio, no parece que se tenga en cuenta en estos sistemas de indicadores (ni en los unidimensionales ni en los multidimensionales) el hecho de que medir la calidad de vida debe implicar también operacionalizar la oportunidad de elegir lo que se puede hacer o ser dado un conjunto factible de elección;

---

<sup>38</sup> Véase Kane y Kane (1993, p. 241).

oportunidad que, como vimos más arriba, es uno de los tres elementos que componen la necesidad básica de autonomía. Con todo, no es este un problema que resulte ajeno a los evaluadores de la calidad de vida de la tercera edad:

"Si una persona carece de la oportunidad de realizar una actividad, ¿cómo debería reflejarse esta información en una escala ADL?. Es tan irracional asumir la incapacidad como asumir la capacidad"<sup>39</sup>

Pese a esta preocupación por el problema es muy difícil, sin embargo, encontrar esta información (no sólo para actividades ADL) en los sistemas de indicadores sociales de calidad de vida aplicados a la tercera edad.

#### ***4. Calidad de vida de los ancianos andaluces: análisis de una muestra de trabajos realizados***

Al analizar diversos trabajos sobre calidad de vida de la tercera edad realizados en un ámbito geográfico acotado como pueda ser el andaluz, resulta aún más evidente que los indicadores usuales se construyen sobre la base implícita de una teoría sustantiva de lo bueno. Ahora bien, los trabajos que hemos analizado tienen un claro sesgo objetivista, pues se centran sobre todo en la medición de necesidades básicas e intermedias:

---

<sup>39</sup> Kane y Kane (1993, p. 44).



de salud, de autonomía psico-física, de vivienda, económicas, etc<sup>40</sup>.

Como vimos anteriormente, la enorme influencia de las mediciones subjetivas de la calidad de vida -sustentadas por teorías hedonistas o por teorías de la satisfacción de deseos- se debió en gran medida a que se adquirió clara conciencia, a comienzos de los años setenta, de que una sociedad puede tener cubiertas sus necesidades y no sentirse satisfecha: tal era el caso de muchas de las sociedades más avanzadas. Ello movió a los investigadores a replantearse el concepto de calidad de vida en términos subjetivos.

¿Por qué ese movimiento en favor de una concepción subjetiva de la calidad de vida parece no afectar a los estudios sobre la tercera edad realizados en Andalucía?. El sesgo claramente objetivista de los estudios sobre calidad de vida de la tercera edad en Andalucía, ya sean multidimensionales o unidimensionales, se podría deber al hecho de que la población andaluza mayor de 65 años no tendría satisfechas muchas de sus necesidades. A partir de un estudio realizado por la consultora EDIS en 1984, titulado *La situación social de los ancianos en Andalucía*, cabe señalar algunos datos que demuestran que la población andaluza mayor de 60 años (universo de la encuesta EDIS) no tenía satisfechas sus necesidades básicas e intermedias hasta el punto de que la pregunta por la su calidad de vida subjetivamente medida se impusiera entre los investigadores. Así, por ejemplo, a mediados de los años ochenta un tercio de la población anciana

---

<sup>40</sup> La muestra de trabajos que presentamos no tiene pretensión de ser exhaustiva.

andaluza es analfabeta, "más del 80% no llega a tener estudios primarios, y es insignificante el porcentaje de los que tienen estudios medios o superiores"<sup>41</sup>. Además, los ingresos familiares medios de las personas mayores andaluzas rondaban las 29.000 pesetas mensuales; lo cual suponía en el año 84 una media de 14.500 pesetas mensuales por persona, "lo que sitúa al colectivo en su conjunto, con cálculos optimistas, en el umbral de la pobreza económica"<sup>42</sup>. A ello se podría añadir que el 22% de los ancianos carecían por entonces de cuarto de baño y el 92% de calefacción. Conocer la calidad de vida de la población mayor de 65 años desde un punto de vista objetivo en primera instancia parece, pues, una tarea prioritaria en Andalucía, tanto a mediados de los años ochenta como hoy. O dicho, en otros términos, los indicadores de calidad de vida usuales en el terreno de los estudios sobre tercera edad aplicados en Andalucía también se han apoyado en una teoría sustantiva de lo bueno en la que se considera elemento prioritario de una buena vida la satisfacción de necesidades. Ello explicaría el sesgo objetivista de los trabajos realizados, sesgo que se halla en consonancia con la ordenación lexicográfica presentada en la sección anterior. En lo que sigue veremos que los trabajos realizados en Andalucía dan prioridad a la satisfacción de necesidades frente a los deseos o la satisfacción subjetiva con la vida a la hora de medir la calidad de vida de la tercera edad

---

<sup>41</sup> EDIS (1984, p. 5).

<sup>42</sup> EDIS (1984, p. 5).

De entre los trabajos multidimensionales que hemos tenido ocasión de analizar cabe destacar la encuesta de EDIS ya citada - que es el único trabajo que conocemos cuyo ámbito de investigación abarca toda Andalucía-, un estudio publicado por la Diputación de Jaén en 1990 sobre la calidad de vida de la población anciana en dicha provincia<sup>43</sup> y una investigación dirigida en 1994 por la profesora Carmen Alemán Bracho sobre las demandas sociales de los ancianos internados<sup>44</sup>. El primero de ellos estudia la calidad de vida en las siete áreas o componentes siguientes:

- I. Datos de situación
- II. Convivencia, Soledad. Condiciones de Vida
- III. Problemas de Asistencia Social Domiciliaria o de Residencia
- IV. Salud
- V. Asistencia Sanitaria
- VI. Otros Servicios para Ancianos
- VII. Datos Auxiliares: política y religión.

El primer área o componente recoge, entre otras cosas (sexo, edad, estado civil...), una batería de preguntas que reflejan dimensiones distintas de la calidad de vida, relacionadas con la vivienda, la cultura, el trabajo y la renta. Se trata de conocer en especial el tipo de vivienda en que residen los andaluces mayores de 60 años, su nivel cultural y de renta o pensión, el trabajo que han realizado y si siguen trabajando. El segundo componente, *Convivencia, Soledad. Condiciones de Vida*, hace hincapié tanto en la relaciones de las personas mayores de 60 con

---

<sup>43</sup> Véase VV.AA. (1990).

<sup>44</sup> Alemán (1994).

su entorno familiar como en las condiciones de la vivienda (si cuenta con calefacción, agua corriente y cuarto de baño, si posee la persona entrevistada su propia habitación y está satisfecha con su vivienda). Ello hace que este segundo componente resulte un tanto desordenado: hubiera resultado más apropiado agrupar todas las preguntas sobre las condiciones y el tipo de vivienda bajo un mismo componente.

El tercer componente y el cuarto se centran en la autonomía (entendida como actividades ADL) y en la salud física de las personas de más de 60 años; el quinto, por su parte, se dirige hacia la calidad de la asistencia médico-hospitalaria y el sexto trata de medir el grado de conocimiento y satisfacción con otros servicios como los hogares o clubes. Por último se pregunta a los encuestado por su filiación política y su religión.

Más allá de las virtudes y límites de esta encuesta -límites y virtudes que no es tarea nuestra juzgar aquí- cabe destacar que de las 67 preguntas formuladas tan sólo 4 denotan la presencia de indicadores subjetivos: aquellas que preguntan por el grado de satisfacción con las condiciones de la vivienda, por el grado de satisfacción con la familia o con las personas con que se vive, por la apreciación subjetiva del estado de salud y por los servicios para ancianos (hogares, clubes) que les han gustado más.

Otro tanto ocurre en el estudio realizado en 1990 sobre las situación de la población anciana en la provincia de Jaén. En este caso las áreas de la calidad de vida estudiadas fueron las siguientes:

- I. Ingresos
- II. Vivienda, Hábitat
- III Salud y Asistencia Médica
- IV. Autonomía Psíco-física
- V. Relaciones sociales y de Ocio
- VI. Percepción y perspectivas de la jubilación (es decir, Trabajo).

Pues bien, de las 48 preguntas formuladas a personas de 65 años o más residentes en Jaén, tan sólo cinco, similares a las formuladas por EDIS, reflejan los aspectos subjetivos de la calidad de vida.

En lo que se refiere, por último, al Informe realizado sobre los usuarios de residencias de ancianos en Andalucía, las preguntas que reflejan la presencia de indicadores subjetivos de la calidad de vida de los ancianos residentes se reducen a tres de un total de cincuenta y siete: grado de satisfacción con las relaciones personales (P.35), grado de satisfacción con la calidad de los servicios que reciben en la residencia (P.40) y percepción subjetiva de la consideración de que gozan los ancianos (P. 21).

El sesgo objetivista resulta aún más radical cuando se trata de mediciones unidimensionales de la calidad de vida. En el caso andaluz se ha prestado especial atención a la autonomía funcional de los ancianos, empleando para su medición la *Escala de Valoración de la Autonomía* (EVA)<sup>45</sup>. Sin embargo, no existen

---

<sup>45</sup> Dicha Escala mide las necesidades funcionales básicas de los ancianos en las siguientes áreas: alimentación, hidratación, uso de medicamentos, síntomas, tareas cotidianas, deambulacion, descanso/sueño, aseo/higiene, eliminacion intestinal y vesical, tiempo libre y uso de recursos. Para una aplicacion de la EVA en Andalucía véase Pedraza y otros (1991, 1992a, 1992b) y Blasco (1994).

trabajos publicados -por lo que nosotros sabemos- sobre bienestar subjetivo, ni se ha empleado alguno de los sistemas de indicadores subjetivos recogidos en la Tabla III para analizar la interacción social y con el medio de los ancianos andaluces.

Así pues, podemos afirmar que los estudios sobre calidad de vida de la tercera edad en Andalucía se apoyan implícitamente en una concepción sustantiva de lo bueno en la que predomina el uso de indicadores objetivos, que se emplean para medir necesidades básicas e intermedias. Ello confirma de nuevo la brecha existente entre los trabajos empíricos sobre calidad de vida de la tercera edad y las definiciones subjetivas predominantes en la literatura teórica de las dos últimas décadas.

## **5. Conclusión**

En el presente trabajo hemos intentado justificar la pertinencia teórica de concebir la calidad de vida en términos de una teoría sustantiva de lo bueno que se apoye en los conceptos de necesidades y deseos, lexicográficamente ordenados. Se ha intentado mostrar, además, que pese a la enorme influencia teórica y empírica de los enfoques subjetivos de calidad de vida, los indicadores usuales aplicados a la tercera edad como grupo con características específicas sostienen claramente un enfoque sustantivo de la calidad de vida. Ello resulta aún más evidente al analizar una muestra de trabajos sobre la tercera edad realizados en Andalucía, donde buena parte de la población mayor

de 65 años no tiene cubiertas sus necesidades básicas e intermedias.

## BIBLIOGRAFIA

- Ainslie, G. (1992), Picoeconomics. The Strategic Interaction of Successive Motivational States within the Person. Cambridge: Cambridge University Press.
- Alemán, C. (1994), La tercera edad en Andalucía. Demandas sociales de los ancianos internados. Informe de investigación. Granada, Escuela Universitaria de Trabajo Social.
- Allardt, E. (1993), "Having, loving, being: an alternative to the Swedish model of welfare research", en M. Nussbaum y A. Sen, The Quality of Life. Oxford: Oxford University Press, pp. 88-94.
- Andrews, F. y Withey, S. (1976), Social Indicators of Well-being. Nueva York: Plenum Press.
- Barry, B. (1965), Political Argument, Londres: Routledge
- Blasco, C. (1994), Características socio-sanitarias de los ancianos de Córdoba. Córdoba: Escuela de Enfermería (inédito).
- Campbell, A.; Converse, Ph. y Rodgers, W. (1976), The Quality of American Life. Nueva York: Sage.
- Chamberlain, K. (1992). "Stability and change in subjective well-being over short time periods". Social Indicators Research, vol. 26, no. 2, pp. 101-118.
- Cohen, G. (1989) "On the currency of egalitarian justice", Ethics, 99.
- Cohen, G. (1993), "Equality of what?. On welfare, goods, and capabilities", en Nussbaum, M. y Sen, A. (comps.), The Quality of Life. Oxford: Clarendon Press, pp. 9-29.
- Diener, E. (1994). "Assessing subjective well-being: progress and opportunities". Social Indicators Research, vol. 31, no.2, pp. 103-158.

- Domènech, A. (1985), "La crisis desde el punto de vista de las necesidades humanas", Mientras tanto, nº 22, pp. 49-59
- Douthitt, R.A., MacDonal, M. y Mullins, R. (1992). "The relationship between measures of subjective and economic well-being: A new look". Social Indicators Research. vol. 26, no. 4, pp. 407.
- Doyal, L. y Gough, I. (1991), A Theory of Human Need, Londres: MacMillan.
- EDIS (1984), La situación social de los ancianos en Andalucía. EDIS.
- Elster, J. (1979), Ulysses and the Sirens. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elster, J. (1983), Sour Grapes. Cambridge: Cambridge University Press.
- Erikson, R. (1993), "Descriptions of inequality: The Swedish approach to welfare research", en M. Nussbaum y A. Sen, The Quality of Life. Oxford: Oxford University Press, pp. 67-83.
- Frankfurt, H. (1988), "Necessity and desire", en H. Frankfurt, The Importance of What we Care About. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 104-116.
- George, L. y Bearon, L. (1980), Quality of Life in Older Persons. Nueva York: Human Science Press.
- Georgescu-Roegen, N. (1966), Analitycal Economics. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Goodin, R. (1988), Reasons for Welfare. Princeton University Press.
- Griffin, J. (1986), Well-Being. Its Meaning, Measurement and Moral Importance. Oxford: Clarendon Press.
- Heady, B. (1993). "An economic model of subjective well-being: Integrating economic and psychological theories". Social Indicators Research, vol. 28, no.2, pp. 97-116.
- Heady, B., Veenhoven, R. y Wearing, A. (1991). "Top-Down versus bottom-up theories of subjective well-being". Social Indicators Research, vol. 24, no.1, 81-100.
- Horley, J. y Lavery, JJ. (1991). "The stability and sensitivy of subjective well-being measures". Social Indicators Research, vol. 24, no. 2., pp. 113-122.
- Inglehart, R. (1991), El cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas. Madrid: C.I.S.



- Kane, R. y Kane, R. (1993), Evaluación de las necesidades de los ancianos. Madrid: SG Editores/Fundación Caja de Madrid
- Lance, C.E. y Sloan, CH. (1993). "Relationships between overall and life facet satisfaction: A multitrait-Multimethod (MTMM) Study". Social Indicators Research. vol. 30, no.1, pp. 1-16.
- McNeil, J.K., Stones, M.J. y Kozma, A. (1986). "Subjective well-being in later life: Issues concerning measurement and prediction". Social Indicators Research, vol. 18, no.1, pp. 35-70.
- Megone, C. B. (1992), "What is need?", en A. Corden, E. Robertson y K. Tolley (comps.), Meeting Needs in an Affluent Society. Aldershot: Avebury
- Michalos, A. (1982), "The satisfaction and happiness of some senior citizens in rural Ontario", Social Indicators Research, vol. 11, nº 1, pp. 1-30.
- Michalos, A. (1985), "Multiple Discrepancies Theory (MDT)", Social Indicators Research, vol. 16, nº 4, pp. 347-413.
- Michalos, A. (1986), "An application of Multiple Discrepancy Theory to seniors", Social Indicators Research, vol. 18, nº 4, pp. 394-373
- Michalos, A. (1987), "What makes people happy: social indicators and quality of life", en Levekarsforskning. Oslo: Radet for samfunnsvitenskapling forskning
- MOPU (1979), Encuesta sobre la calidad de vida en España. Madrid: Dirección General del Medio Ambiente
- Nordenfelt, L. (1993), Quality of Life, Health and Happiness. Aldershot: Avebury.
- Nussbaum, M. y Sen, A. (comps., 1993), The Quality of Life. Oxford: Clarendon Press.
- OCDE (1974), Eléments subjectifs du bien-être, París.
- Olson, G.I. y Schober, B.I. (1993). "The satisfied poor". Social Indicators Research, vol. 28, no. 2, pp. 173.
- Ory, M. And Cox, D. (1994). "Forging Ahead: Linking health and behavior to improve quality of life in older people". Social Indicators Research, vol. 33, nos. 1-3, pp. 89-120.
- Parfit, D. (1984), Reasons and Persons. Oxford: Clarendon Press.

- Pedraza y otros (1991), Valoración de los niveles de autonomía funcional y apoyo familiar para el autocuidado en mayores de 75 años. Granada. Junta de Andalucía, Delegación Provincial de Asuntos Sociales (inédito).
- Pedraza y otros (1992a), "E.V.A.. Escala de valoración de la autonomía funcional para el autocuidado", Index de Enfermería, vol. 1, nº 2, pp. 35-39.
- Pedraza y otros (1992b), "Autonomía funcional de los ancianos. Evaluación de un instrumento de medida", Revista de Enfermería ROL, nº 172, pp. 15-19.
- Ramsay, M. (1992), Human Needs and the Market. Aldershot: Avebury
- Scanlon, Th. (1993), "Values, desire, and quality of life", en M. Nussbaum y A. Sen, The Quality of Life. Oxford: Oxford University Press, pp. 185-200.
- Sen, A. (1984), "Poor, relatively speaking", en Sen, Resources, Values and Development, Oxford: Balckwell, pp. 325-345.
- Sen, A. (1984a), "Family and food: sex bias in poverty", en Sen, Resources, Values and Development, Oxford: Balckwell, pp. 346-368.
- Sen, A. (1985), Commodities and Capabilities, Amsterdam: North-Holland, 1985.
- Sen, A. (1987), The Standard of Living. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sen, A. (1992), Inequality Reexamined, Oxford: Clarendon Press.
- Sen, A. (1993), "Well-being and capabilities", en Nussbaum y Sen, The Quality of Life. Oxford: Oxford University Press, pp. 30-54
- Setián, M. L. (1993), Indicadores sociales de calidad de vida. Madrid: C.I.S.
- Shmotkin, D. (1990). "Subjective well-being as a function of age and gender: A multivariate look for differentiated trends". Social Indicators Research, vol. 23, no. 3, 201-230.
- Terhune, K. W. (1973), "Probing policy-relevant questions of the quality of life", en U.S. Environmental Protection Agency, The Quality of Life. Washington.
- Üsanl Yetim, DR. (1993). "Life satisfaction: A study based on the organization of Personal Proyects". Social Indicators Research, vol. 30, no.1, pp. 277-290.

- Verwayen, H. (1984). "Social Indicators: Actual and Potential Uses". Social Indicators Research. vol. 14, no. 1, pp. 1-28.
- VV.AA. (1990), La población anciana en la provincia de Jaén. Un estudio de sus condiciones de vida recogidas en su propio medio. Jaén: Diputación Provincial de Jaén.
- Wheeler, R.J. (1991). "The Theoretical and Empirical structure of general well-being". Social Indicator Reserch, vol. 24, no. 1., pp. 71-80.
- Wiggins, D. (1987), Needs, Values and Truth. Oxford: Blackwell.
- Wood, L.A., Martin Matthews, A. y Norris, J. (1992). "Gerontological Research on the quality of life: The guelph satellite method". Social Indicators Research, vol. 27, no.4, pp. 345.
- Wood, L.A. y Johnson, J. (1987), "Life satisfaction among the rural elderly: What do the numbers mean?", Social Indicators Research, vol. 21, no.4., pp. 379-408.
- Wright, S. (1985). "Subjetive Evaluation of Health: A theoretical review". Social Indicators Research. vol. 16, no. 2, pp. 169-180.

