

# Calidad de Vida, Bienestar Psicológico y Valores en Personas Mayores

## Quality of Life, Well-Being and Values in older people

Cristina Noriega<sup>(1,2)</sup>, Cristina Velasco<sup>(1)</sup>, Gema Pérez-Rojo<sup>(1)</sup>, Isabel Carretero<sup>(1)</sup>,  
Alejandra Chulián<sup>(3)</sup> y Javier López<sup>(1,2)</sup>

(1) Departamento de Psicología y Pedagogía. Facultad de Medicina. Universidad CEU San Pablo.

(2) Instituto de Estudios de la Familia. Universidad CEU San Pablo.

(3) Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

**Resumen:** El modelo de Optimización Selectiva con Compensación estudia el desarrollo del individuo a lo largo de todo el ciclo vital, en la línea del concepto de envejecimiento con éxito. El bienestar psicológico y la calidad de vida asociada a la salud han sido considerados como indicadores del envejecimiento con éxito. Asimismo, el desarrollo de conductas orientadas a valores personales ha mostrado una relación positiva con bienestar y calidad de vida. Mediante la participación en actividades generativas muchas personas mayores no sólo serían un importante recurso social para las familias actuales y comunidades, sino que se puede ayudar a enriquecer su sentido vital e incrementar los niveles de salud percibida. Se propone el desarrollo de futuras investigaciones que profundicen en los factores protectores y de riesgo del bienestar y salud percibida de las personas mayores, así como programas de intervención centrados en valores.

*Palabras clave:* mayores, salud, valores, generatividad, envejecimiento activo.

**Abstract:** The model of Selective Optimization with Compensation studies development of individuals throughout their life cycles, in line with the concept of successful aging. Psychological well-being and health-related quality of life have been considered as indicators of successful aging. Development of value-based behaviors has also shown a positive correlation with psychological wellbeing and quality of life. By participating in generative activities, many elderly people would not only be an important social resource for current families and communities, but may also enrich their life purpose and perceived health. Future research focusing on protective and risk factors of well-being and perceived health, as well as value-based intervention programs, are proposed.

*Keywords:* elders, health, values, generativity, successful aging.

---

La correspondencia sobre este artículo deberá ser enviada a Cristina Noriega, Departamento de Psicología y Pedagogía, Facultad de Medicina, Universidad CEU San Pablo, Montepíñlope Campus, 28295 Alcorcón, Madrid. E-mail: cristina.noriegagarcia@ceu.es



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

Tradicionalmente la psicología evolutiva ha prestado una mayor atención al desarrollo de la infancia y la adolescencia, dejando de lado los procesos que tienen lugar en la vejez. Además, cuando se han tenido en cuenta estas etapas del desarrollo humano, se han tratado desde un punto de vista negativo, donde las primeras etapas de vida se caracterizarían por procesos de adquisición de conocimientos y habilidades y a partir de la edad adulta exclusivamente por pérdidas (Villar, 2012). Ante esta situación, surge el enfoque del Ciclo Vital, que estudia el desarrollo del individuo desde la concepción hasta la muerte (Baltes y Baltes, 1990). Dentro de este enfoque destacan dos visiones diferentes: la visión holística y la visión funcional.

La visión holística considera a la persona como un sistema que adquiere conocimientos y habilidades en cada una de las fases por las que atraviesa, conectando así distintos rangos de edades a una serie de fases o períodos del desarrollo. Ejemplo de ello sería la teoría psicosocial de Erikson (2000). Este autor es reconocido como uno de los primeros autores en considerar el desarrollo a lo largo de toda la vida, al aumentar las cinco etapas psicosexuales propuestas por Freud a ocho. En su teoría plantea la existencia de una serie de crisis por las que atraviesa el ser humano en distintos momentos de la vida y que, dependiendo del modo en que estas crisis vitales son resueltas, el sujeto crecería o se estancaría. El logro a alcanzar en la edad adulta para este autor es la generatividad (etapa VII). Esta etapa guarda relación con una preocupación por la siguiente generación y todas las demás futuras, mientras que en la vejez el logro a alcanzar sería la integridad del yo, lo cual implica la aceptación del yo y del ciclo vital y cuyo alcance permitiría adquirir la cualidad de la sabiduría (etapa VIII).

Más adelante, el propio Erikson introduce el término “grand-generativity”, afirmando que la generatividad no sólo prevalece en la mediana edad, sino que puede mantenerse a lo largo de los años. De esta manera, la experiencia de integridad en personas mayores se puede alcanzar cuando las actividades generativas y las relaciones interpersonales contribuyen al sentido vital de la persona (Erikson, Erikson y Kivnick, 1986).

La visión funcional, además de plantear constructos orientados al crecimiento, considera el manejo y la reconciliación con las pérdidas funcionales. Por este motivo, esta visión ha prestado atención al estudio de los distintos mecanismos relacionados con la conducta del individuo a lo largo del ciclo vital (e.g., inteligencia, valores, lenguaje, relaciones interpersonales), poniendo especial énfasis en los cambios que sufren dichos procesos a medida que avanza la edad (Baltes, Staudinger y Lindenberger, 1999).

La perspectiva del Ciclo Vital integraría ambas perspectivas (Baltes et al., 1999), siendo el Modelo de Optimización Selectiva con Compensación (Model of Selection, Optimization and Compensation, SOC) propuesto por Baltes y Baltes (1990) el modelo paradigmático de este enfoque. Desde esta perspectiva se entiende por desarrollo óptimo cuando se alcanza una maximización de ganancias y una minimización de pérdidas. Aquello que constituye ganancias o pérdidas va a depender de la cultura, de factores personales, del estadio en el que se encuentre la persona y del contexto (Baltes y Cartensen, 2002; Heckhausen y Schultz, 1995).

Este énfasis del modelo SOC en el papel activo del individuo en su propio desarrollo, dentro de las limitaciones biológicas y culturales en las que se encuentre, se relaciona con el concepto de envejecimiento con éxito. Sin embargo, la literatura científica ha utilizado distintos parámetros para evaluar este concepto, como puede ser el bienestar o la calidad de vida asociada a la salud. Como resultado, el primer objetivo del presente artículo es describir los conceptos de envejecimiento con éxito, bienestar y calidad de vida asociada a la salud. Posteriormente, se describe el concepto de valor y su relación con el bienestar y la salud percibida, haciendo especial énfasis en la transmisión de valores a las siguientes generaciones como un indicador de generatividad y, por tanto, como una posible fuente de sentido vital. Por último, se plantean una serie de propuestas de cara a desarrollar futuras investigaciones, así como políticas y programas de intervención en valores que fomenten el bienestar y la participación social de las personas mayores en la sociedad actual.

## Calidad de Vida Asociada a la Salud

El envejecimiento con éxito en términos de Baltes y Baltes (1990) hace referencia al desarrollo de capacidades adecuadas que permitan afrontar las dificultades, minimizar los efectos de los déficits, así como optimizar y/o maximizar la salud física, mental y cognitiva, incrementando así la satisfacción con la vida y la participación social.

De acuerdo con Fernández-Ballesteros (2011) el envejecimiento con éxito se ha utilizado como sinónimo de envejecimiento satisfactorio, productivo, óptimo y activo. Sin embargo, se trata de conceptos diferentes: el envejecimiento satisfactorio se centra en la salud, el envejecimiento óptimo tiene como objetivo la participación social, el envejecimiento productivo la contribución social y el envejecimiento activo y exitoso pone su énfasis en la implicación activa del sujeto en la mejora de su proceso de envejecimiento. Ante esta diversidad del concepto de envejecimiento, Rowe y Khan (1997) diferencian entre: envejecimiento normal (estándar), envejecimiento patológico (cursa con enfermedad) y envejecimiento con éxito (ya descrito con anterioridad).

Esta visión positiva del envejecimiento es apoyada por la Organización Mundial de la Salud al definir la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1946, p.1). Disponer por tanto de unos elevados niveles de salud no sólo implica ausencia o carencia de enfermedad, sino desarrollar una serie de capacidades o recursos que permitan a la persona hacer frente a las adversidades y crear el ambiente adecuado para alcanzar el máximo desarrollo posible (Vázquez y Hervás, 2008).

En esta línea, el estudio del envejecimiento con éxito tiene como objetivo principal identificar aquellos factores que potencian modos sanos de envejecimiento, evitando así el envejecimiento patológico, lo que se traduce a su vez en niveles adecuados de calidad de vida (López, Camilli, Noriega y Velasco, 2014).

De acuerdo con la OMS (1995, p.153), se entiende por Calidad de Vida (CV) “aquellas percepciones del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Esta definición del concepto de calidad de vida atiende a las valoraciones subjetivas de aquello que le afecta a la persona, lo que implicaría integrar tanto factores físicos como psicológicos.

El uso indiscriminado de los términos felicidad, bienestar y calidad de vida conlleva que, a día de hoy, el término calidad de vida continúe siendo un concepto difícil de delimitar (Fernández-Ballesteros, 2011). A pesar de estas dificultades, parece haber acuerdo en que la calidad de vida incluye tanto factores objetivos como subjetivos.

Los criterios objetivos, al estar relacionados con características observables, permitirían evaluar la capacidad o la funcionalidad de las personas mayores. Siguiendo este criterio, la salud física, el estado cognitivo o las actividades realizadas en la vida diaria serían algunos indicadores. Sin embargo, “la presencia de niveles elevados de bienestar ante dificultades objetivas o factores de riesgo contextual o sociodemográfico que intuitivamente deberían predecir infelicidad” (Mroczez y Kolarz, 1998, p.1333), lleva a plantear unos criterios subjetivos que incorporen las percepciones y valores de la persona, incluyendo tanto aspectos emocionales como cognitivos. En este sentido, la felicidad, la satisfacción vital y el sentido de coherencia serían algunos indicadores.

Además, el incluir factores tanto objetivos como subjetivos lleva a que la calidad de vida sea entendida como un concepto amplio compuesto por diversos elementos. En este sentido, Brown, Bowling y Flynn (2004) llevaron a cabo un meta-análisis para analizar los distintos componentes de la calidad de vida en personas mayores, siendo los siguientes los más significativos: salud, relaciones familiares, relaciones interpersonales, autonomía, independencia, actividades de ocio, economía, bienestar emocional, espiritualidad y condiciones ambientales.

En la medición de la salud de las personas mayores está cobrando cada vez más importancia el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que Shumaker y Naughton (1995) definen como la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud y del nivel de funcionamiento físico, psicológico y social en la posibilidad de alcanzar los objetivos de la vida. Con la utilización y medición de esta variable se consigue una evaluación más completa del estado de salud de un individuo, en la que se incluyen los objetivos vitales y los aspectos importantes o valiosos para cada individuo.

Una de las críticas atribuidas al concepto de CVRS hace referencia a las dificultades para delimitar este concepto debido a su subjetividad, lo que ha generado cierta confusión con conceptos relacionados como el bienestar, la satisfacción vital, el sentido de coherencia, el sentido vital, entre otros (Fernández-Ballesteros, 2011). Otra de las críticas que han sido atribuidas a la CV y la CVRS es el solapamiento con el concepto de envejecimiento con éxito. En un estudio llevado a cabo en 12 países diferentes por Fernández-Ballesteros et al. (2008)

se encontró que las personas mayores entendían por envejecimiento saludable el disponer de buena salud, ser autónomo, tener amigos y familia y sentirse satisfecho con la vida. Como se puede ver, CV y envejecimiento con éxito son términos que coinciden en algunos aspectos. Sin embargo, mientras la CV sería un concepto más amplio y global, el envejecimiento con éxito incluye condiciones más relacionadas con el individuo particular (salud física y mental, buen funcionamiento cognitivo, satisfacción con la vida y participación social).

Por su parte, la CVRS se limitaría a las percepciones subjetivas del individuo respecto a su salud física y mental. De lo que no cabe duda es que la relación entre ambos conceptos es bidireccional, es decir, la CV (y de manera más específica CVRS) es resultado del envejecimiento con éxito, al tiempo que el envejecimiento con éxito puede ser resultante de unos niveles elevados de CV y CVRS (Fernández-Ballesteros, 2011).

### Bienestar psicológico

Debido a las dificultades para conceptualizar el concepto de Calidad de Vida, otros estudios han puesto énfasis en el concepto de bienestar como uno de los determinantes del envejecimiento con éxito. Así, dentro de la visión subjetiva a la que se hacía referencia en el apartado anterior, se han diferenciado dos perspectivas diferentes: visión hedonista y visión eudaimonista.

Desde la visión hedonista, el bienestar es comprendido como algo asociado a la satisfacción vital y la felicidad, entendida ésta como el equilibrio entre el placer y el displacer (Ryan y Deci, 2000). Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) hacen referencia a dos componentes del bienestar entendido desde esta perspectiva: a) un componente emocional relacionado con el placer-displacer (afecto positivo y afecto negativo) y b) un componente cognitivo relacionado con los juicios que hacen las personas respecto a su trayectoria vital (satisfacción vital).

La visión eudaimonista parte de las ideas aristotélicas en las que se asocia la felicidad a la búsqueda de la autorrealización de uno mismo en función de los propios talentos. De acuerdo con Peterson y Seligman (2004), este concepto tiene relación con el concepto de autorrealización de Maslow (1973), la salud mental de Jahoda (1958), y la individuación de Jung (1933).

Keyes, Smotkin y Ryff (2002) tratan de clarificar la diferencia entre ambas visiones utilizando el concepto de "bienestar subjetivo" para hacer referencia a las valoraciones que hacen las personas en términos cognitivos (evaluación subjetiva de la satisfacción con la vida) y emocionales (afecto positivo y afecto negativo), siguiendo la línea de la concepción hedonista, y "bienestar psicológico" para hacer referencia al logro y a la búsqueda de metas existenciales, siguiendo la concepción eudaimonista.

El envejecimiento es una etapa vital caracterizada por numerosos sucesos vitales en los que se incluyen pérdidas, tanto sociales como personales. Sin embargo, lejos de la visión negativa tradicional, existen procesos de adaptación muy diversos, entre los que se pueden incluir la búsqueda de nuevos objetivos o metas y el desempeño de nuevos roles sociales. Por este motivo, la postura hedónica parece insuficiente para explicar el bienestar de las personas mayores (Keyes et al., 2002).

Dentro de la perspectiva del bienestar eudaimónico, Ryff (1989) establece los puntos de convergencia entre estas dos perspectivas y propone un modelo multidimensional del bienestar psicológico. Este modelo se compone de seis dimensiones: autoaceptación, relación positiva con los otros, autonomía, propósito en la vida, crecimiento personal y dominio del ambiente.

La *autoaceptación* implica el tener actitudes positivas hacia uno mismo (Ryff, 1989). Este concepto implicaría el conocimiento y la aceptación de los distintos componentes que integran el yo, incluyendo tanto los aspectos positivos como los negativos. Erikson (2000) afirmaba que la integridad en las personas mayores tiene lugar cuando están presentes niveles elevados de auto-aceptación, al tiempo que se reconoce la responsabilidad sobre la propia vida. En contraste, personas con bajas puntuaciones en esta dimensión se caracterizan por sentirse más insatisfechas consigo mismas, mostrar una mayor desaprobación del pasado y un mayor deseo de ser diferentes (Ryff, 1989).

La dimensión que hace referencia a la capacidad para mantener *relaciones positivas con los otros* es descrita por Ryff (1989) como la presencia de relaciones interpersonales estables y satisfactorias. De acuerdo con Jahoda (1958), la capacidad de amar es una de las principales fuentes de bienestar. Personas con puntuaciones

elevadas en esta dimensión se consideran cálidas, muestran una mayor confianza en las relaciones interpersonales, altos niveles de empatía y preocupación por los demás. En contraste, bajas puntuaciones son observadas en personas que manifiestan dificultades para establecer lazos fuertes con otras personas o que muestran dificultades para mantener relaciones íntimas (Ryff, 1989).

La dimensión *autonomía* hace referencia a la capacidad para mantener las propias convicciones con auto-determinación (Ryff, 1989). Ryff y Singer (2008) afirmaban que las personas autónomas resisten mejor a las presiones sociales. Además, son capaces de regular su comportamiento desde criterios o estándares de conducta propios. En contraste, personas con elevada preocupación por las expectativas o altas evaluaciones del entorno, que dependen de los demás en la toma de decisiones importantes y que ceden a las presiones sociales con facilidad mostrarían puntuaciones bajas en autonomía (Ryff, 1989).

El *propósito en la vida* hace referencia a los objetivos y metas que dan sentido a la vida de cada individuo (Ryff, 1989). Esta dimensión parte de visiones existencialistas como la de Frankl (1991), que consideraba la lucha por encontrar un sentido a la vida como la primera fuerza de motivación. El sentido de la vida sería todo aquello que da un significado o propósito a la existencia de cada persona y es único y específico de cada ser humano, estando relacionado con un sistema de valores que orientan y estructuran la propia vida. La búsqueda del sentido puede ser una fuente de motivación para seguir viviendo, asumir las propias obligaciones y sobre-llevar situaciones difíciles.

El *crecimiento personal* se basa en el desarrollo de las propias potencialidades y apertura a nuevas experiencias. De todos los aspectos del bienestar psicológico, éste es el que más se acerca al concepto de bienestar eudaimónico (Ryff, 1989). Personas con altos niveles de crecimiento personal son aquellas que encuentran una oportunidad para crecer a través de distintas situaciones, retos y metas. En contraste, las personas con bajas puntuaciones en crecimiento personal muestran una pérdida de interés por la vida y carecen del deseo de desarrollar nuevas actitudes y comportamientos orientados al crecimiento o la mejora personal.

El *dominio del ambiente* es la capacidad para manejar el entorno y crear contextos favorables que permitan satisfacer deseos y necesidades (Ryff, 1989). Las personas que tienen altas puntuaciones en esta dimensión tienen una mayor capacidad para influir sobre el contexto. En contraste, bajas puntuaciones se relacionan con inseguridades ante la capacidad para producir cambios o mejoras en el contexto que rodean a la persona.

El modelo propuesto por Ryff ha tenido un importante impacto gracias a las escalas desarrolladas por su equipo de investigación, las cuales han sido adaptadas en numerosos países (Ryff, 1989). Además, Vázquez y Hervás (2008) mantienen que el bienestar eudaimónico o psicológico es más consistente que el hedónico o subjetivo. La explicación que atribuyen estos autores es que el bienestar psicológico incluye dimensiones, como el sentido vital y el propósito de vida, que se relacionan con el afecto a corto y a largo plazo. En cambio, el bienestar hedónico se centraría exclusivamente en la satisfacción inmediata.

Diversos estudios apoyan lo planteado con anterioridad. Ryff y sus colaboradores han realizado diversos estudios en los que no sólo han encontrado correlaciones entre el bienestar psicológico y bienestar subjetivo (Ryff y Singer, 2008), sino que también han encontrado correlaciones entre bienestar psicológico y salud física (Ryff, Singer, y Love, 2004; Ryff et al., 2006).

Por otro lado, la salud percibida ha sido descrita por Cho, Martin, Margrett, MacDonald y Poon (2011) como uno de los elementos más influyentes en el bienestar psicológico. Como las actitudes, creencias subjetivas y valores influyen en la percepción de enfermedad, las diferencias individuales a la hora de adaptarse a los cambios físicos propios de la edad, desempeñan un rol importante en el bienestar psicológico.

Resultados similares han sido también encontrados en personas mayores por Locker, Clarke y Payne (2000), donde parece que la salud percibida influye de forma directa tanto en el bienestar psicológico como en la satisfacción vital. Además, estos resultados se mantuvieron a lo largo de los siete años en los que los sujetos fueron evaluados. Otros estudios, como el desarrollado por Temane y Wissing (2006), han encontrado que la salud física percibida mediaba en la influencia que el contexto social ejercía sobre el bienestar psicológico.

Estos resultados muestran la importante relación entre salud percibida y bienestar psicológico. De hecho, Rathunde (2001), siguiendo la línea de Maslow (1973), afirmaba que las necesidades básicas (entre las que se incluye la salud) son previas y necesarias para alcanzar el funcionamiento óptimo. Partiendo de esta premisa, Rathunde (2001) pone énfasis en la importancia de estudiar aquellos factores que incrementan la salud, ya que

éstos a su vez incrementarían (tanto directa como indirectamente) los niveles de funcionamiento óptimo del individuo.

## Valores

Un concepto relacionado con el bienestar del individuo es el de valor. Desde el enfoque psicosocial, se definen los valores como “creencias prescriptivas y duraderas acerca de formas específicas de conducta o estados finales de existencia que son personal y socialmente preferibles” (Rokeach, 1973, p. 5).

Partiendo de esta definición, los valores para Rokeach (1973) son creencias y, por tanto, incluyen tres componentes: afectivo, cognitivo y conductual. Asimismo, se definen como *creencias prescriptivas*, lo que implica evaluaciones sobre lo que es deseable o preferible para la persona. Además, son creencias *duraderas*, para lo que es necesario que sean interiorizadas por la persona. Sin embargo, no se trata de creencias rígidas, ya que son lo suficientemente flexibles como para ser susceptibles de sufrir modificaciones a lo largo del tiempo. Por último, en esta definición queda patente la diferenciación de dos tipos de valores: valores instrumentales o comportamentales y valores terminales o finales.

Los *valores instrumentales* incluyen aquellos valores acerca de formas específicas de conducta, orientados tanto al desarrollo personal (competencia personal) como al desarrollo ético de la persona (valores morales). Por su parte, los *valores terminales* hacen referencia a estados finales de existencia y se orientan tanto a la integración personal (valores personales) como de la sociedad (valores sociales). Los primeros guían la forma de conducirse en la vida, mientras que los segundos guían a la persona hacia un estado final de existencia. En este sentido, los valores instrumentales serían el medio de alcanzar los valores finales (Rokeach, 1973).

Schwartz (1992) trata de superar las limitaciones atribuidas al modelo de Rokeach, como la falta de organización y estructuración de los valores, creando un modelo teórico universal. Dentro de su perspectiva, los valores son entendidos como “objetivos deseables y abstractos que pueden ser aplicados a diversas situaciones” (Knafo y Schwartz, 2009, p. 372). Al igual que Rokeach, Schwartz (1992) afirma que los valores son creencias y, por tanto, son inseparables del afecto. Además, plantea que los valores son estándares de criterios conducta que guían cómo evaluar a las personas, las conductas y los eventos, que hacen referencia a los objetivos o necesidades que motivan a la acción. Partiendo de esta premisa, lo que diferencia a un valor de otro es la motivación que subyace en él.

A partir de un estudio transcultural, Schwartz (1992) diferenció diez tipos de valores universales, comunes en todas las culturas, variando respecto a la relativa importancia atribuida a los distintos valores y la relación con aspectos culturales particulares: universalismo (proteger el bienestar de la sociedad y la naturaleza), benevolencia (fomentar el bienestar de las personas del entorno), tradición (respeto de las costumbres culturales y religiosas), conformidad (restricción de aquellos actos que no cumplen con las expectativas sociales), seguridad (estabilidad en las relaciones y con uno mismo), poder (búsqueda de estatus social y prestigio), logro (búsqueda de éxito personal), hedonismo (búsqueda de sentimientos placenteros), estimulación (interés por nuevas metas en la vida) y autodirección (independencia y autonomía).

De estos diez tipos de valores descritos con anterioridad, surgen dos dimensiones bipolares. La primera de las dimensiones opone *apertura al cambio* (objetivos orientados a la independencia en el pensamiento y la acción) a *conservación* (objetivos relacionados con la aceptación de prácticas tradicionales, restricción de conductas y protección de la estabilidad). Partiendo de estas definiciones, los valores incluidos dentro de apertura al cambio serían la estimulación y la autodirección, mientras que los valores que forman parte del extremo conservación son la tradición, la conformidad y la seguridad. Por su parte, la segunda dimensión opondría la *autopromoción*, es decir la búsqueda de éxito personal y dominio sobre los demás (poder, logro y hedonismo) con la *autotrascendencia*, es decir la preocupación por el bienestar de los demás, siendo los tipos de valor situados en el extremo autopromoción el poder, logro y hedonismo y del extremo autotrascendencia el universalismo y la benevolencia. Además, este autor plantea que la fuerza de asociación entre dos tipos de valores o motivaciones será más débil a mayor distancia entre ellos y viceversa. Así, el conflicto entre autodirección y seguridad es mayor que entre seguridad y tradición.

Los valores guían la creencia sobre el sentido de la vida y sirven como medida para conocer cómo de significantes son las acciones que las personas ponen en marcha. Los valores facilitan la orientación hacia las actividades que uno mismo realiza. En este sentido, ser consciente de los propios valores permite que el individuo se mueva a actuar conforme a ellos, proporcionando a su vez un mayor sentido a su vida (Länge, 2005). Así pues, vivir los valores implicaría averiguar y escuchar lo que es importante para cada uno y actuar en consecuencia.

Las investigaciones desarrolladas acerca de los valores en personas mayores no han sido homogéneas ni extensas. Burr, Santo y Pushkar (2011) encontraron en personas jubiladas que la dimensión de apertura al cambio realza las emociones positivas y protege de las emociones negativas, mientras que las dimensiones de transcendencia y conservación predicen emociones positivas. Esto se traduce en que el bienestar subjetivo de las personas mayores se ve incrementado cuando tienen lugar tanto conductas encaminadas a la consecución de los propios objetivos personales, como comportamientos relacionados con el bienestar de las demás personas con las que se mantiene contacto frecuente y, por extensión, de la sociedad en general.

Este interés por incrementar el bienestar de otras personas tendría relación con el concepto de generatividad. En este sentido, parece que tanto el incremento del interés generativo, como el de la participación en actividades generativas, como puede ser la transmisión de valores a las siguientes generaciones, incrementa los niveles de bienestar psicológico en personas mayores (Tabuchi, Nakawa, Miura, y Gondo, 2013). Otros estudios, en cambio, sólo encontraron una relación positiva entre bienestar psicológico e interés generativo, mientras que no encontraron correlaciones significativas entre bienestar y actividad generativa (Grossbaum y Bates, 2002; Mc Adams y de St Aubin, 1992). Sin embargo, Cheng (2009) encontró que la relación entre bienestar en personas mayores y actividades generativas estaba mediada por el reconocimiento de las siguientes generaciones. De esta manera, parece que las siguientes generaciones juegan un papel importante en el desempeño de actividades generativas en personas mayores.

Asimismo, Gruenewald, Liao y Seeman (2012) encontraron que la generatividad es un predictor de menores dificultades en las actividades diarias y bajas tasas de mortalidad. Con todo, parece que la generatividad se relaciona tanto con mayores niveles de bienestar como de salud física en personas mayores.

### Intervenciones centradas en valores

La intervención centrada en los valores ha sido considerada desde diversas corrientes de psicoterapia, al considerar que los valores pueden orientar o dificultar el tratamiento. Asimismo, las actitudes dependen de los valores, del valor personal que se otorgue a un determinado hecho, así como de la cultura o la adaptación al grupo social (Vyskocilova et al., 2016). Por lo tanto, los valores son fundamentales en las intervenciones psicológicas, aunque hayan recibido escasa atención.

Desde la psicoterapia existencialista, Frankl (1991) afirmó que existían tres tipos de valores personales que sirven para alcanzar el sentido. Esto son los valores de creación (se realizan a través de acciones como el trabajo o la elaboración de una nueva obra), valores experienciales (la persona está orientada al mundo, por ejemplo, el amor y la belleza, la capacidad de vivir intensamente las circunstancias) y valores de actitud (se realizan cuando la situación no puede cambiar, por ejemplo, el sentido del sufrimiento). Cuando los valores de creación no se pueden llevar a cabo porque haya algún impedimento, como puede ser una enfermedad, siempre se podrán poner en marcha los valores de actitud. Desde este enfoque se trabaja con el fin de que la persona tome la responsabilidad sobre sus propias decisiones y disponga con qué actitud vivir aquello que corresponde en cada momento, ya que a su vez esto proporcionaría sentido a su existencia (Frankl, 1991).

Dentro del trabajo con los valores, promover la autotranscendencia descrita por Schwartz (1992) serviría como protector del impacto que pueden tener los eventos negativos si se realiza a través de la capacidad que tiene el individuo para desarrollar los valores propuestos por Frankl (1991). El trabajo en terapia desde este enfoque está orientado a la realización de un análisis existencial a través del cual se ayude al individuo a crear su propia visión del mundo. De tal modo que, a través de la aceptación de la realidad y de la transformación de la misma en posibilidad, la persona pueda experimentar crecimiento (Rodríguez y López, 2008). En las personas mayores las pérdidas y las ganancias son una realidad que la persona asume, al tiempo que elige el

modo de vivirla. Esto se puede traducir en que la persona puede seguir viviendo intentando dar sentido en esta etapa de la vida a través del desarrollo de valores. Desde el modelo propuesto por Baltes y Baltes (1990), se considera que la persona evalúa las ganancias o pérdidas en función de la cultura y de factores personales, es decir alcanzando el sentido a través de la realización de valores.

Por otro lado, desde las corrientes humanistas, la Terapia Centrada en el Cliente (Rogers, 1951), considera la aceptación y la apertura a la experiencia como conceptos centrales. El cambio terapéutico se produce gracias al movimiento de los individuos desde estar lejos emocionalmente de su propia experiencia hasta la auto-aceptación. Desde este enfoque, el ser humano está en continuo movimiento, orientado a las metas futuras, a la independencia, a la creatividad, a la responsabilidad social y a la madurez. En la misma línea, Maslow (1973) cree que las personas están motivadas a buscar y ser conscientes de las metas personales que hacen que la vida tenga más sentido. Por lo tanto, en terapia las necesidades no cubiertas de los individuos serán aquellas que primero se deben abordar para después poder trabajar las necesidades más elevadas, entre las que se incluyen la autorrealización.

La concepción de valor más amplia se entiende también desde otras corrientes de terapia. En este sentido, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), a través de cambios en los procesos cognitivos, en las emociones y conductas, tiene también relación con un cambio en los valores vitales que estarían motivando a la persona al cambio. La clarificación de valores debe ser fundamental en pacientes que presentan confusión en sus pensamientos y emociones, para evitar perder una oportunidad de elegir una vida más plena hacia los valores. Para las personas, ser conscientes de sus prioridades y sus valores puede ser muy eficaz para la autorregulación. En esta línea, los valores vitales se sitúan como base en la motivación para el cambio en terapia, puesto que canalizan las motivaciones, los afectos y las conductas. Conocer los valores personales de los pacientes tiene beneficios en algunas técnicas, entre ellas, la gestión de prioridades y el manejo del tiempo en terapia, el cambio de pensamientos automáticos y la restructuración de creencias sobre uno mismo y el mundo (Vyskocilova et al., 2016).

La Terapia centrada en la compasión es, como reconoce su propio creador (Gilbert, 2015), una evolución de la terapia cognitivo conductual y de otras terapias, centrada en cómo el terapeuta puede facilitar que el paciente/cliente desarrolle una mente compasiva, que sería lo opuesto a una mente amenazante. Esta terapia se desarrolló esencialmente para fortalecer entre individuos autocríticos la auto-compasión, pues hacerlo tiene los mismos efectos que el cuidado por parte de las figuras de apego, es decir, nos relaja, nos ayuda a sentirnos seguros y en calma.

En la consecución de este objetivo terapéutico se tiene en cuenta que hay dos tipos de personas, unas que siguen valores y otras que siguen necesidades. Las primeras plantean sus objetivos en la obtención de satisfacciones a través del esfuerzo personal, mientras que las segundas están esencialmente centradas en impresionar a los demás. Se podría decir que los seguidores de valores buscan el crecimiento mientras que los seguidores de necesidades buscan la validación. Los errores y desafíos serán una oportunidad para aprender y madurar para quienes están centrados en seguir sus valores, mientras que quienes siguen necesidades buscan continuamente ser aceptados por quienes les rodean, pudiendo resultar muy críticos y perfeccionistas.

La terapia centrada en la compasión en este ámbito axiológico busca sustituir en el paciente/cliente los logros basados en la amenaza por logros que se centren en los valores y así puedan brindarles elementos relevantes para que desarrolle su vida. Se busca que se alejen de la inseguridad, del sentimiento de inferioridad, de la búsqueda de complacencia de los demás para centrarse en el sentimiento de seguridad de que desarrollando sus valores van a ser aceptados independientemente de si aciertan o se equivocan, triunfan o fracasan. Se busca la auto-corrección compasiva, alejándose del auto-ataque y de la autocritica (Gilbert, 2015).

Por último, las terapias denominadas de tercera generación en la TCC, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), se focalizan en la aceptación de la experiencia, considerando en qué medida la persona cultiva y actúa guiada por sus propios valores (Wilson y Luciano, 2002). Los valores son direcciones vitales por las cuales la persona encuentra consistencia entre sus acciones y sus creencias. El problema está en que muchas personas consideran que no pueden hacer nada valioso en la vida hasta que los síntomas o el problema que están padeciendo desaparezca (Wilson, Sandoz, Kitchens, y Roberts, 2011).

A través de la intervención desde ACT, la persona clarifica sus valores, de tal modo que eso le permite descubrir cuáles son las direcciones valiosas para la vida. Una vez clarificados los valores, la persona se implica en la realización de las acciones comprometidas con dichos valores personales y estos valores se operativizan en acciones que la persona realiza diariamente (Flaxman, Blackledge y Bond, 2010). Estas dimensiones valiosas son exclusivamente personales de cada individuo. Aunque desde ACT se han propuesto una serie de dominios que pueden contener valores personales, a su vez tienen relación con los dominios relacionados con la CVRS expuestos anteriormente.

El trabajo principal desde ACT, que se realiza en numerosas ocasiones a través de metáforas, es la clarificación de valores. Las dificultades para clarificar los valores personales pueden generar ansiedad o desesperanza. Por ello, en esta terapia se facilitan algunas de las áreas valiosas que presentan los individuos. Algunas de las dimensiones que se pueden proponer a la persona para que ella misma descubra sus valores son: Familia (diferente de esposo/a e hijos), esposo/a, pareja, relaciones íntimas, paternidad o cuidado de los hijos y nietos, vida y relaciones sociales, trabajo o carrera profesional, espiritualidad, crecimiento y aprendizaje, ocio, tiempo libre y descanso, salud y bienestar, y, por último, ética, ciudadanía, política e inquietudes sociales (Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006; Wilson y Luciano, 2002).

Una vez que se ha realizado la clarificación de valores se trata de que la persona actúe de modo coherente a esos valores, es decir, los ponga en marcha con objetivos y metas diarias que le permitan mejorar su consistencia y así dar sentido a su vida diaria. De este modo, la consistencia con los valores presenta relación directa con la capacidad del individuo para mantener las propias convicciones, la autodeterminación, que es una de las dimensiones del bienestar propuesta por Ryff (1989), ya que ser coherente a las necesidades y valores tiene relación con el bienestar (Brunstein, Schultheiss y Grassman, 1998).

Asimismo, ACT ha mostrado su utilidad en personas mayores (Alonso-Fernández, López-López, Losada, González y Wetherell, 2016; Sánchez, Díaz y Rubio, 2014; Wetherell et al., 2011). Uno de los motivos por los cuales ACT podría resultar eficaz para las personas mayores frente a otras terapias es porque el objetivo de la intervención es lograr vivir acorde a los valores que conservan de modo más profundo, lo que de algún modo sirve además para que la persona se comprometa con la terapia (Petkus y Wetherell, 2013).

## Conclusiones e Implicaciones

En un momento social en el que el número de personas mayores y la esperanza de vida aumentan, la visión predominante acerca de las personas mayores apoya la implicación activa del sujeto en la mejora de su proceso de envejecimiento. Esto contradice el estereotipo negativo basado en que a medida que avanza la edad predominan las pérdidas, sin posibilidad de experimentar procesos de crecimiento.

El bienestar psicológico y la salud percibida son dos conceptos muy relacionados con el envejecimiento con éxito. Además, la literatura ha mostrado apoyo tanto al papel protector del bienestar en la salud física y mental, como a la influencia de la salud física y mental en el bienestar.

Asimismo, en diversas investigaciones se ha estudiado la relación entre valores y bienestar. En este sentido, los valores observados en personas mayores con mayores niveles de bienestar y salud física son aquellos relacionados con apertura al cambio, trascendencia y conservación. De confirmarse estos resultados en futuras investigaciones, surgiría la necesidad de desarrollar intervenciones en las que se ayude a las personas mayores a ampliar el repertorio de conductas orientadas a dichos valores.

Sin embargo, los estudios que han profundizado en la relación entre valores, bienestar y calidad de vida asociada a la salud en personas mayores son todavía muy limitados. Por todo lo anterior, se considera importante desarrollar futuros estudios en los que se evalúen los valores personales de las personas mayores, así como la posible relación con el bienestar y la calidad de vida, estos servirán de base para desarrollar modelos de intervención eficaces.

Por último, se sugiere investigar la transmisión de valores de personas mayores a las siguientes generaciones, entendiendo que esta transmisión es una manifestación de interés y actividad generativa, así como su impacto en el bienestar (hedónico y psicológico) y en la calidad de vida asociada a la salud. De esta manera, estudiar

posibles variables mediadoras de la transmisión de valores, como pueden ser las fortalezas del carácter, los apoyos sociales y el reconocimiento por parte de las siguientes generaciones, permitirán desarrollar programas de intervención dirigidos a una sociedad para todas las edades.

### Declaración de conflicto de intereses

Los autores de este artículo manifiestan no tener ningún interés económico u otro conflicto de interés asociado a las conclusiones e implicaciones planteadas en este artículo.

### Agradecimientos

El presente trabajo se ha realizado en el marco del proyecto PSI2016-79803-R, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad, La Agencia Estatal del Investigación (AEI) y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER, UE).

### Referencias

- Alonso-Fernández, M., López-López, A., Losada, A., González, J. L. y Wetherell, J. L. (2016). Acceptance and Commitment Therapy and Selective Optimization with Compensation for Institutionalized Older People with Chronic Pain. *Pain Medicine*, 17(2), 264-277. <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12885>
- Baltes, M. M. y Cartensen, L. L. (2002). The process of successful aging. En U. Staudinger y U. Lindenberger (Eds.), *Understanding human development: dialogues with life span psychology* (pp. 81-104). Norwell, MA: Kluwer Academic.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M. y Lindenberger, U. (1999). Life-span psychology: theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.471>
- Brown, J., Bowling, A. y Flynn, T. N. (2004, June). *Models of quality of life. A taxonomy and systematic review of the literature*. Report Commissioned by the European Forum on Population Ageing Research and Quality of life, Sheffield, Reino Unido.
- Brunstein, J. C., Schultheiss, O. C. y Grässmann, R. (1998). Personal goals and emotional well-being: The moderating role of motive dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 494-508. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.75.2.494>
- Burr, A., Santo, J. B. y Pushkar, D. (2011). Affective well-being in retirement: The influence of values, money, and health across three years. *Journal of Happiness Studies*, 12, 17-40. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-009-9173-2>
- Cheng, S. T. (2009). Generativity in later life: Perceived respect from younger generations as a determinant of goal disengagement and psychological well-being. *Journal of Gerontology B of Psychological Sciences and Social Sciences*, 64, 45-54. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbn027>
- Cho, J., Martin, P., Margrett, J., MacDonald, M. y Poon, L. (2011). The relationship between physical health and psychological wellbeing among oldest old adults. *Journal of Aging Research*, 1, 1-8. <http://dx.doi.org/10.4061/2011/605041>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302. <http://dx.doi.org/33-2909/99>
- Erikson, E. H. (2000). *El ciclo vital completado* (2<sup>a</sup> ed.). Barcelona, España: Paidós.

- Erikson, E.H., Erikson, J. M. y Kivnick, H. Q. (1986). *Vital involvement in old age*. Nueva York, Estados Unidos: Norton.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Quality of life in old age. *Applied Research in Quality of Life*, 6, 21-40. <http://dx.doi.org/10.1007/s11482-010-9110-x>
- Fernández-Ballesteros, R., García, L.F., Abarca, D., Blanc, L., Efklides, A., Kornfeld, R., ... Mendoza-Nuñez, V.M. (2008). Lay concept of aging well: cross cultural comparisons. *Journal of the American Geriatric Society*, 56, 950-951. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01654.x>
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T. y Bond, F. W. (2010). *Acceptance and commitment therapy: Distinctive features*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Frankl, V. (1991). *La voluntad de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- Gilbert, P. (2015). *Terapia Centrada en la Compasión: Características distintivas*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Grossbaum, M. F. y Bates, G. W. (2002). Correlates of psychological well-being at midlife: the role of generativity, agency and communion, and narrative themes. *International Journal of Behavioral Development*, 26, 120-127. <http://dx.doi.org/10.1080/01650250042000654>
- Gruenewald, T. L., Liao, D. H. y Seeman, T. E. (2012). Contributing to others, contributing to oneself: perceptions of generativity and health in later life. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67, 660-665. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbs034>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Heckhausen, J. y Schultz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.102.2.284>
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. Nueva York, Estados Unidos: Harcourt, Brace and World.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Knafo, A. y Schwartz, S. H. (2009). Accounting for parent-child value congruence: Theoretical considerations and empirical evidence. En U. Schonpflug (Ed.), *Cultural transmission: Psychological, developmental, social and methodological aspects* (pp. 240-269). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Längle, A. (2005). The Search for Meaning in Life and the Existential Fundamental Motivations. *Existential Analysis*, 16(1), 2-14.
- Locker, D., Clarke, M. y Payne, B. (2000). Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *Journal of Dental Research*, 79, 970-975. <http://dx.doi.org/10.1177/00220345000790041301>
- López, J., Camilli, C., Noriega, C. y Velasco, C. (2014). Psicología positiva en personas mayores: la guía de los valores. En M. E. Garassini y C. Camilli (Eds.), *Las fortalezas del venezolano: La promoción del bienestar desde la psicología positiva* (pp. 202-223). Caracas, Venezuela: Editorial Alfa.
- Maslow, A. H. (1973). *El hombre auto-realizado: hacia una psicología del ser*. Madrid, España: Kairós.
- Mc Adams, D. P. y de St. Aubin, E. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1003-1005. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.62.6.1003>
- Mroczek, D. K. y Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1333>
- Organización Mundial de la Salud (1946, June). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. International Health Conference, Nueva York, USA.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Measuring Quality of life*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)

- Páez M., Gutiérrez, O., Valdivia, S. y Luciano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (1), 1-20.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues*. Nueva York, Estados Unidos : Oxford University Press.
- Petkus, A. J., M. A. y Wetherell, J. L. (2013). Acceptance and Commitment Therapy with Older Adults: Rationale and Considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 47-56. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.07.004>
- Rathunde, K. (2001). Toward a psychology of optimal human functioning: What positive psychology can learn from the “experiential turns” of James, Dewey, and Maslow. *Journal of Humanistic Psychology*, 41, 135-153. <http://dx.doi.org/10.1177/0022167801411008>
- Rodriguez, M. I. y Lopez, J. (2008). The importance of meaning in psychotherapy for caregivers of relatives with cancer. *Psycho-Oncology*, 17, S151-S152. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1389>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Oxford, Reino Unido: Houghton Mifflin.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. Nueva York, Estados Unidos: Free Press.
- Rowe, J. W. y Khan, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. y Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudemonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Ryff, C. D., Love, G. D., Muller, D., Urry, H., Friedman, E. M., Davidson, R., ... Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy y Psicosomáticas*, 75, 85-95. <http://dx.doi.org/10.1159/000090892>
- Ryff, C. D., Singer, B. y Love, G. D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1383-1394. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2004.1521>
- Sánchez, L. J. R., Díaz, A. J. C. y Rubio, A. B. (2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 445-458.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. En M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 3-65). San Diego, Estados Unidos: Academic Press.
- Shumaker, S. A. y Naughton, M. J. (1995). The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. En S. A. Shumaker y R. A. Beror (Eds.), *The international assessment of health related quality of life: theory, translation, measurement and analysis* (pp. 3-10). Oxford, Reino Unido: Rapid Communications of Oxford Ltd.
- Tabuchi, M., Nakagawa, T., Miura, A. y Gondo, Y. (2013). Generativity and Interaction Between the Old and Young: The Role of Perceived Respect and Perceived Rejection *The Gerontologist*, 22. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnt135>
- Temane, Q. M. y Wissing, M. P. (2006). The Role of Subjective Perception of Health in the Dynamics of Context and Psychological Well-Being. *South African Journal of Psychology*, 36, 564-581. <http://dx.doi.org/10.1177/008124630603600308>
- Vázquez, C. y Hervás, C. (2008). Salud mental positiva: del síntoma al bienestar. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva aplicada* (pp. 17-39). Bilbao, España: Desclée de Brower.
- Villar, F. (2012). Successful ageing and development: the contribution of generativity in older age. *Ageing and Society*, 32, 1087-1105. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X11000973>

- Vyskocilova, J., Prasko, J., Ociskova, M., Sedlackova, Z., Marackova, M., Holubova, M., ... Slepcky, M. (2016). Values and values work in cognitive behavioral therapy. *European Psychiatry*, 33(1, Number 1 Supplement 1), S456-S457.
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., ... Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy*, 42, 127-134. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J. y Roberts, M. (2011). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60(2), 249-272.

Artículo recibido: 30/01/2017

Revisión recibida: 09/02/2017

Artículo aceptado: 13/02/2017