



ORIGINAL/Sección Ciencias Sociales y del Comportamiento

Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores

Carmen Luisa Castellano Fuentes

Consultorio Médico, Santa Cruz de Tenerife, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de diciembre de 2011

Aceptado el 10 de junio de 2013

On-line el 19 de febrero de 2014

Palabras clave:

Actitudes

Bienestar

Malestar

Envejecimiento

Vejez

R E S U M E N

Introducción: En la última etapa del ciclo vital las personas mayores pueden disfrutar de un envejecimiento satisfactorio gracias a la mejora de su calidad de vida. Este estudio analiza las relaciones entre 2 variables relevantes en esta etapa: las actitudes que la persona mayor posee sobre su propia vejez y envejecimiento, y su estado de bienestar físico y psicológico.

Material y método: La muestra la componen personas mayores de 50 años, sin deterioro cognitivo y con independencia funcional en su vida diaria (N = 117). Los análisis incluyen datos estadísticos descriptivos, diferencias entre géneros y matrices de correlaciones.

Resultados: Los resultados indican que los factores de las actitudes que son positivos hacia la vejez y el envejecimiento se relacionan con el bienestar físico y psicológico; y a su vez, los factores de las actitudes de tipo negativo conllevan un estado de malestar general. La muestra presenta una relativa satisfacción con la vida y un bajo malestar físico y emocional.

Conclusiones: Los resultados de este estudio reflejan la relevancia que ostentan las actitudes positivas en el estado de bienestar de las personas mayores, con consecuencias directas en su calidad de vida.

© 2011 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

An analysis of the relationship between the attitudes towards old age and ageing, and well-being indicators in a sample of old people

A B S T R A C T

Introduction: In the last stage of their life cycle, old people can enjoy a satisfactory ageing thanks to the improvement of their quality of life. The present study analyses the links between 2 relevant variables at this life stage: the attitudes of the elderly towards their own ageing and their own physical and psychological state of well-being.

Material and method: The sample consisted of people over the age of 50 without cognitive impairment and with functional independence in their daily life (N = 117). The analyses include descriptive statistical data, gender differences and correlation matrices.

Results: The results of this study indicate that the positive attitude factors towards the old age and the ageing are related to the physical and psychological well-being, whilst negative attitude factors lead to a general state of malaise. The population sample showed a relative satisfaction with their life, as well as a low physical and psychological malaise.

Conclusions: The results of this study reflect the significance of positive attitudes in the well-being of old people, with a direct impact on their quality of life.

© 2011 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Attitudes

Well-being

Malaise

Ageing

Old age

Introducción

El envejecimiento con éxito es un nuevo concepto multidimensional compuesto por un conglomerado de factores

biopsicosociales como la salud, un adecuado funcionamiento físico, psicológico y afectivo, y la participación social^{1,2}. Existen numerosas investigaciones que han expuesto las relaciones entre dichos factores y diversas variables sociodemográficas. Con respecto a la variable edad, hay estudios que indican que conforme aumenta la edad cronológica suele haber una percepción negativa hacia la vejez³ e insatisfacción con la vida⁴. Sin embargo, los investigadores del envejecimiento saludable y activo revelan que los ancianos

Correo electrónico: clcasfue@correo.cop.es

gozan de niveles altos de bienestar y satisfacción vital gracias a su calidad de vida^{4,5}. Con relación a variables como el género y la salud, parece existir una relación entre ambas. Así, las mujeres perciben su vejez de forma más negativa que los hombres, y además expresan más quejas sobre las enfermedades⁶. Otras 2 variables destacables son el estado civil y la convivencia. Se ha demostrado que la viudez va ligada a sentimientos de soledad frente a los casados. Y esto a su vez repercute en sus actitudes, ya que sus autopercepciones de la salud tienden a ser negativas⁶. Respecto a la variable nivel educativo, se ha demostrado que las personas mayores que poseen un mayor nivel en estudios lo relacionan con una mejor calidad de vida, repercutiendo no solo en su bienestar sino en una percepción más positiva de la vejez⁷. En cambio, aquellas personas con menor nivel educativo asumen estereotipos de la vejez contemplándola de una forma más negativa^{6,7}.

El constructo de la satisfacción vital es por lo tanto un indicador importante del bienestar. Es definido como el juicio valorativo que la persona hace de su trayectoria vital basándose en los objetivos propuestos y los alcanzados^{8,9}. Se han descubierto relaciones entre la satisfacción y el logro de objetivos vitales: cuanta más satisfacción mayor percepción de logro en la vida y mayor deseo de aspirar a más¹⁰. Otra variable que aporta información relevante sobre el envejecimiento exitoso es la actitud que muestra la persona hacia sí misma. Esta percepción puede derivarse en un tipo de discriminación por edad o *ageism*, que implica aquellos estereotipos sistemáticos y discriminatorios contra las personas por ser mayores¹¹. Este tipo de discriminación tiene 3 componentes: cognitivo o creencias acerca de la vejez, componente afectivo o valoración sobre el anciano y el envejecimiento, y el componente conductual o disposición a actuar de una forma determinada ante los ancianos¹². Por lo tanto, esta discriminación se manifiesta en las creencias, actitudes, expectativas, atribuciones y conductas expresadas por una comunidad hacia los ancianos¹³. Esto puede repercutir negativamente en el bienestar, sintiéndose aislados dentro de su comunidad, con ingresos deficientes o institucionalizados innecesariamente¹⁴. En un estudio¹⁵ se confirma el importante papel de los estereotipos sobre el bienestar, donde el rendimiento de un programa de estimulación cognitiva reduce los estereotipos hacia la vejez, existiendo una relación positiva entre la modificación de este tipo de actitudes y su rendimiento cognitivo alcanzado tras la intervención psicológica.

Como consecuencia de las investigaciones anteriormente expuestas, el objetivo principal de este trabajo es conocer la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y el estado de bienestar percibido por la persona mayor en un conjunto de variables sociodemográficas. En las actitudes se analizarán los resultados obtenidos en sus 3 componentes: las creencias, las valoraciones y las conductas hacia la vejez, y el envejecimiento. Y en el estado de bienestar se incluyen no solo la satisfacción vital sino también el ajuste emocional y la salud percibida por la persona mayor. Los resultados de las anteriores investigaciones justifican la importancia que tiene estudiar estas variables para una mejor comprensión de la vivencia de la última etapa del ciclo vital. De acuerdo con lo expuesto, como primera hipótesis de trabajo se plantea la existencia de una relación positiva entre las actitudes favorables hacia la vejez y el bienestar. Y como segunda hipótesis, una asociación entre las actitudes desfavorables hacia la vejez y el malestar percibido por la persona mayor.

Material y métodos

Participantes

La muestra está constituida por 117 personas mayores de la isla de Tenerife, sin deterioro cognitivo y con autonomía e

independencia funcional en su vida diaria. La distribución de la muestra por género es el 91,5% mujeres ($n = 107$) y el 8,5% hombres ($n = 10$); y por edad, las mujeres tienen entre 52–87 años ($M = 68,7$ años; $DT = 5,88$) y los hombres entre 52–78 años ($M = 66,4$ años; $DT = 8,44$). No hay diferencias entre géneros en la variable edad (tabla 1). La muestra presenta un alto grado de autonomía; el 72,6% vivían en sus domicilios. En cuanto al estado civil, un 55,1% de las mujeres eran viudas ($p < 0,001$) y el 90% de los hombres estaban casados ($p < 0,001$). Con relación al nivel de estudios, un 86,3% tenían estudios primarios, y finalmente, respecto al estado de salud el 44,4% padece una sola enfermedad, siendo las más frecuentes los trastornos cardiovasculares (45%) y los trastornos osteopáticos (42%) (tabla 2). La muestra de personas mayores pertenece a 2 centros de día para mayores de Tenerife: el Centro de Día para Mayores de Güímar y el Centro de Día para Mayores Isidro Rodríguez Castro, ambos dependientes de la Dirección General de Políticas Sociales de la Consejería de Cultura, Deportes, Políticas Sociales y Vivienda del Gobierno de Canarias. En estos centros se imparten una amplia variedad de actividades: informática, cestería, manualidades, gimnasia, teatro, inglés, pintura, literatura, baile de salón, yoga, visitas culturales, charlas sobre temas de salud como el insomnio o la diabetes, y talleres, como el de habilidades sociales, estimulación cognitiva o el de crecimiento personal, entre otros. El procedimiento de selección de los participantes en el estudio se debió a que la autora del mismo trabajó en ambos centros como profesional de la psicología. Por tal motivo, se efectuó un muestreo casual o incidental, ya que se seleccionó directa e intencionadamente a la muestra para el presente estudio. El proceso de selección de los participantes requería la ausencia de deterioro cognitivo evaluado con el instrumento MMSE¹⁶. En cada uno de los centros se requirió la participación voluntaria y se garantizó la confidencialidad a los participantes, quienes firmaron un consentimiento informado. Fueron informados de la finalidad del estudio consistente en conocer su opinión acerca de su propio proceso de envejecimiento. Los instrumentos se aplicaron individualmente, enseñando a cada participante la forma de cumplimentarlos y aclarando sus dudas.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados miden el estado de bienestar físico y psicológico, y los componentes actitudinales. La elección de estos instrumentos se basa en 2 motivos. Primero, porque evalúan diferentes dimensiones del estado de bienestar físico y psicológico (satisfacción vital, ajuste emocional, estado de salud percibido) y de las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento (creencias, valoraciones y conductas hacia la vejez y el envejecimiento). Segundo, las versiones de los instrumentos escogidas se debieron a que la autora ya disponía de estas y fueron aplicadas a la muestra por considerar que la versión original tendría más relevancia a la hora de analizar los resultados. Para la medición de los índices de bienestar se utilizaron las siguientes pruebas. El cuestionario de salud *Cornell Medical Index* (CMI)¹⁷ está compuesto por 25 ítems con respuesta dicotómica (sí-no), mide 2 factores sobre el estado físico y somatización, y el estado emocional. El *Life Satisfaction Index* (LSI-A)¹⁸ contiene 20 afirmaciones relativas al estado de ánimo. Por cada respuesta afirmativa se obtiene 2 puntos, un cero por cada respuesta negativa y un punto por cada interrogante; se ha usado la puntuación total. El *Nottingham Health Profile* (NHP)¹⁹ diseñado para medir la percepción de la salud evalúa en qué medida los problemas de salud alteran las actividades cotidianas. Tiene 2 partes: 38 ítems que exploran 6 dimensiones sobre los diferentes estados de salud (energía, dolor, reacción emocional, sueño, aislamiento social y movilidad física) y 7 cuestiones relacionadas con las limitaciones en las actividades de la vida diaria causadas por problemas de salud (ocupación, cuidado y mantenimiento de la vivienda, vida social, vida en el hogar, vida sexual, intereses y aficiones, y vacaciones).

Tabla 1
Diferencias entre géneros por edad

	Total N = 117	Mujeres N = 107		Hombres N = 10		t	p
	Media (DT)	Media	DT	Media	DT		
Edad	68,50 (6,13)	68,70	5,88	66,40	8,44	1,137	0,258
Puntuación mínima	52	52		52			
Puntuación máxima	87	87		78			

DT: desviación típica; N: muestra; p: nivel de significación asociado a t; t: t-Student.

Se contesta de forma dicotómica. Para este trabajo se utilizaron únicamente los 38 ítems agrupados en sus 6 factores. El *Geriatric Depression Scale Short Form* (GDS-SF)²⁰ está compuesto por 15 preguntas, y cada ítem puntúa uno si la respuesta es afirmativa y cero si la respuesta es negativa. Proporciona una única puntuación. El *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (PGC)²¹ evalúa el estado de ánimo y la satisfacción vital. La versión empleada presenta 17 ítems de respuestas dicotómicas (sí/no). Las respuestas afirmativas puntúan un punto y las respuestas negativas un cero; se obtiene una puntuación total.

Para medir los componentes actitudinales se utilizaron 4 instrumentos. Para evaluar el componente cognitivo²² se usaron 2 instrumentos adaptados a una versión traducida²³ ya administrada a estudiantes de pre y posgrado de psicología: uno es el cuestionario de *Atributos Negativos y Potencial Positivo de la vejez* (AN-PP)²⁴ que incluye 14 afirmaciones relacionadas con la vejez y 4 opciones de respuesta. Se le concede una puntuación de cero para la opción «totalmente en desacuerdo», un punto para «ligeramente en desacuerdo», 2 puntos para «ligeramente de acuerdo» y 3 puntos para «totalmente de acuerdo». La puntuación mínima es de cero y la máxima de 42 puntos. Tras la factorización realizada se obtuvieron 2 factores que miden las percepciones o creencias del proceso de envejecimiento y la vejez. El otro es el cuestionario *Actitudes hacia el Envejecimiento*²⁵, compuesto por 45 ítems de opinión social y psicológica, con 4 opciones de respuesta. Al igual que el otro cuestionario, se otorga una puntuación de cero para la opción «totalmente en desacuerdo», y hasta 3 puntos para «totalmente de acuerdo». El instrumento muestra 3 factores que valoran los componentes cognitivos o de creencias hacia el envejecimiento y los ancianos. En

conjunto, los 5 factores cognitivos se agrupan en 2 factores de segundo orden. Para evaluar el componente afectivo se construyó la *Escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento*²⁶ formada por 43 pares de adjetivos, un diferencial semántico con 7 puntos, referidos a diferentes emociones. Los 7 factores de primer orden se agrupan en 2 de segundo orden. El polo izquierdo equivale a las actitudes negativas y se puntúa con un punto la opción «muy», 2 puntos «bastante» y 3 puntos «poco»; el polo derecho correspondiente a las actitudes positivas se puntúa con un 5 la opción «poco», un 6 «bastante» y un 7 «muy»; se puntúa con un 4 la opción «nada» como punto neutro de actitud. Sus dimensiones indagan sobre la valoración positiva y negativa que hace el anciano acerca de su vejez y envejecimiento. Y, para evaluar el componente conductual, se elaboró el *Cuestionario de Conductas discriminatorias hacia la vejez y el Envejecimiento*²⁷ con 31 ítems sobre situaciones discriminatorias hacia las personas mayores. Se le otorga un cero para la opción «nunca», uno para «a veces», 2 para «frecuentemente» y 3 para «siempre». Los 8 factores de primer orden se agrupan en 2 de segundo orden. Sus dimensiones exploran una amplia gama de situaciones sociales (interacción social, familiar, personal) en las que pueden concurrir conductas discriminatorias dirigidas hacia el anciano.

Resultados

Con el fin de presentar una panorámica general de los distintos índices de bienestar se exponen las diferencias entre géneros y sus correlaciones (tablas 3 y 4). En la *satisfacción vital* (LSI) no

Tabla 2
Descripción de la muestra en variables demográficas y de salud

	Total		Mujeres		Hombres		p
	N	%	N	%	N	%	
Sexo	117	100	107	91,5	10	8,5	
Estado civil							
Soltero	6	5,1	5	4,7	1	10,0	n.s.
Separado/divorciado	6	5,1	6	5,6	0	0,0	n.s.
Viudo	59	50,4	59	55,1	0	0,0	0,001
Casado	46	39,3	37	34,6	9	90,0	0,001
Estudios							
Primarios	101	86,3	94	87,9	7	70,0	n.s.
Bachiller	9	7,7	9	8,4	0	0,0	n.s.
Universitario	7	6,0	4	3,7	3	30,0	0,001
Convivencia							
Su casa	85	72,6	79	73,8	6	60,0	n.s.
Su casa y familia	30	25,6	26	24,3	4	40,0	0,001
Casa de familiares	2	1,7	2	1,9	0	0,0	n.s.
N.º enfermedades							
0	34	29,1	31	29,0	3	30,0	n.s.
1	52	44,4	47	43,9	5	50,0	n.s.
2	21	17,9	19	17,8	2	20,0	n.s.
3	5	4,3	5	4,7	0	0,0	n.s.
4	3	2,6	3	2,8	0	0,0	n.s.
5	2	1,7	2	1,9	0	0,0	n.s.

N: muestra; n.s.: probabilidad no significativa; p: nivel de significación asociado a t (t-Student)..

Tabla 3

Diferencias entre géneros de los índices de bienestar

	Total	Mujeres N=107		Hombres N=10		t	p
		Media	DT	Media	DT		
LSI	24,05	23,87	6,52	26,00	5,42	-1,001	0,319
CMI-I	3,74	3,88	2,38	2,20	2,82	2,098	0,038
CMI-II	4,59	4,56	2,78	4,90	2,73	-0,369	0,713
PGC	10,56	10,53	3,87	10,80	1,69	-0,410	0,686
NHP-I	0,53	0,49	0,87	1,00	1,25	-1,713	0,089
NHP-II	1,54	1,50	1,92	2,00	1,83	-0,798	0,427
NHP-III	1,50	1,41	1,85	2,50	2,55	-1,718	0,088
NHP-IV	1,74	1,75	1,52	1,60	1,17	0,299	0,766
NHP-V	0,45	0,49	0,99	0,10	0,32	2,783	0,009
NHP-VI	1,24	1,18	1,48	1,90	1,66	-1,463	0,146
GDS-SF	4,59	4,53	3,22	5,20	3,19	-0,628	0,531

CMI-I: estado físico y somatización; CMI-II: estado emocional; DT: desviación típica; GDS-SF: *Geriatric Depression Scale-Short Form*; LSI: *Life Satisfaction Index*; N: muestra; NHP-I: energía; NHP-II: dolor; NHP-III: reacción emocional; NHP-IV: sueño; NHP-V: aislamiento social; NHP-VI: movilidad física; p: nivel de significación asociado a t; PGC: *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*; t: t-Student.

existen diferencias entre géneros. Teniendo en cuenta que la puntuación máxima del instrumento es 40, parece que ambos géneros manifiestan por igual un grado medio de satisfacción con la vida. En el factor *estado físico y somatización* (CMI-I) las medias son distintas, puntuando más las mujeres, quienes expresan mayor malestar físico y somático. En el factor *estado emocional* (CMI-II), no aparecen diferencias entre géneros. La puntuación máxima en el primer factor es de 10 y para el segundo factor es de 15, y como las medias obtenidas tanto por las mujeres como por los hombres en ambos factores son considerablemente bajas podemos deducir que la muestra califica su estado de salud de forma favorable. En la *satisfacción* (PGC) las medias de los hombres y de las mujeres de la muestra son iguales, por lo que presentan niveles medios de satisfacción con la vida y ajuste emocional. En el NHP, solo el quinto factor, *aislamiento social*, presenta medias diferentes para ambos géneros, siendo las mujeres las que puntúan más (0,49) frente a los hombres (0,10). La puntuación máxima para el factor *aislamiento social* es de 5, por lo que el valor 0,49 de las mujeres no debe interpretarse como aislamiento social. Y para el GDS-SF tampoco se encontraron diferencias entre géneros, obteniendo las mujeres una media de 4,53 y los hombres de 5,20. Este resultado indica que los hombres y las mujeres poseen similares estados anímicos (tabla 3).

Las correlaciones más significativas de los índices de bienestar pueden ser sintetizadas en los siguientes puntos: (1) Los instrumentos de satisfacción con la vida (LSI, PGC) se relacionan con pocas quejas en el estado de salud, bajo malestar físico y psicológico, con la satisfacción y con pocos problemas emocionales. (2) El *malestar físico y somático* (CMI-I) se relaciona con el malestar emocional, la

insatisfacción y con quejas significativas en la dimensión del dolor. El *malestar emocional* (CMI-II) se relaciona con la insatisfacción y con quejas en el estado de salud en su conjunto, mayormente en la reacción emocional; también se relaciona con problemas emocionales. (3) El NHP se relaciona con la insatisfacción, con el malestar físico y emocional y con quejas en el estado de salud. (4) El GDS-SF se relaciona con la insatisfacción, malestar físico y emocional y quejas en el estado de salud (tabla 4).

A continuación se detallan las correlaciones entre los índices de bienestar y las variables demográficas y de salud más relevantes de la muestra (tabla 5). Podemos destacar que el estado civil se relaciona positivamente con la satisfacción vital y negativamente con quejas en el aislamiento social. El nivel de estudios se relaciona con la satisfacción vital, y negativamente con el malestar físico. El sexo se relaciona negativamente con el malestar físico. La edad se relaciona positivamente con quejas en el estado de salud percibido. Las enfermedades correlacionan positivamente con quejas en el estado de salud percibido y malestar emocional y físico. Y la convivencia se relaciona negativamente con la satisfacción vital.

Y, por último, se presentan las correlaciones entre las actitudes hacia la vejez y los índices de bienestar (tabla 6). Los factores cognitivos positivos de las actitudes se relacionan con quejas poco significativas en el estado de salud. Los factores cognitivos negativos se relacionan con malestar emocional, insatisfacción y quejas significativas en el estado de salud. Los factores conductuales positivos se relacionan con buen estado físico y emocional y con una percepción positiva del estado de salud. Los factores conductuales negativos se relacionan con la insatisfacción vital, con el malestar físico y, significativamente, con el malestar emocional, y con quejas

Tabla 4

Matriz de correlaciones de los índices de bienestar

	LSI	CMI-I	CMI-II	PGC	NHP-I	NHP-II	NHP-III	NHP-IV	NHP-V	NHP-VI	GDS-SF
LSI	1										
CMI-I	-0,37**	1									
CMI-II	-0,40**	-0,48**	1								
PGC	0,57**	-0,46**	-0,54**	1							
NHP-I	-0,23*	0,44**	0,28**	-0,50**	1						
NHP-II	-0,17	0,53**	0,40**	-0,35**	0,61**	1					
NHP-III	-0,38**	0,31**	0,57**	-0,55**	0,48**	0,41**	1				
NHP-IV	-0,18*	0,37**	0,51**	-0,33**	0,32**	0,43**	0,58**	1			
NHP-V	-0,29**	0,17	0,35**	-0,45**	0,38**	0,29**	0,38**	0,22*	1		
NHP-VI	-0,16	0,44**	0,33**	-0,31**	0,60**	0,70**	0,48**	0,43**	0,20*	1	
GDS-SF	-0,62**	0,37**	0,54**	-0,74**	0,46**	0,33**	0,59**	0,38**	0,42**	0,36**	1

CMI-I: estado físico y somatización; CMI-II: estado emocional; GDS-SF: *Geriatric Depression Scale-Short Form*; LSI: *Life Satisfaction Index*; NHP-I: energía; NHP-II: dolor; NHP-III: reacción emocional; NHP-IV: sueño; NHP-V: aislamiento social; NHP-VI: movilidad física; PGC: *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*.

Se ha omitido el cero decimal y la coma ha sido sustituida por un punto.

* $p \leq .05$.

** $p \leq .01$.

Tabla 5

Matriz de correlaciones entre los índices de bienestar y las variables demográficas y de salud

	LSI	CMI-I	CMI-II	PGC	NHP-I	NHP-II	NHP-III	NHP-IV	NHP-V	NHP-VI	GDS-SF
Estado civil	0,19*	−0,02	−0,01	0,06	−0,07	0,11	−0,02	0,12	−0,19*	0,10	−0,13
Estudios	0,16	−0,35**	−0,18	0,25**	−0,13	−0,20*	−0,14	−0,16	−0,04	−0,16	−0,17
N.º enfermedades	−0,06	0,22*	0,19*	−0,18	0,13	0,30**	0,08	0,25**	−0,03	0,22*	0,22*
Sexo	0,09	−0,19*	0,03	0,02	0,16	0,07	0,16	−0,03	−0,11	0,14	0,06
Edad	−0,04	0,18	0,03	−0,14	0,18*	0,06	0,04	0,10	0,24**	0,20*	0,12
Convivencia	−0,19*	0,01	−0,11	−0,06	0,04	−0,09	−0,01	−0,04	−0,02	−0,11	0,06

CMI-I: estado físico y somatización; CMI-II: estado emocional; GDS-SF: *Geriatric Depression Scale-Short Form*; LSI: *Life Satisfaction Index*; NHP-I: energía; NHP-II: dolor; NHP-III: reacción emocional; NHP-IV: sueño; NHP-V: aislamiento social; NHP-VI: movilidad física; PGC: *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*.

Se reflejan las variables demográficas que mantienen significación estadística.

Se ha omitido el cero decimal y la coma ha sido sustituida por un punto.

* $p \leq .05$.

** $p \leq .01$.

en el estado de salud. Los factores afectivos positivos se relacionan con la satisfacción vital, con buen estado físico y emocional y, en general, con pocas quejas del estado de salud. Y los factores afectivos negativos se relacionan con la insatisfacción, el malestar físico y emocional, y con quejas en el estado de la salud.

Discusión

Según los datos alcanzados podemos concluir que la muestra en su conjunto presenta un aceptable estado de bienestar tanto a nivel físico como psicológico. Asimismo, los resultados también reflejan un bajo índice de malestar físico y emocional. Las correlaciones más significativas de los índices de bienestar indican que los instrumentos de satisfacción con la vida se relacionan con el bienestar físico y psicológico, y los instrumentos que evalúan el malestar general muestran a su vez relaciones con quejas en el estado de salud físico y psicológico. Los resultados entre las variables demográficas y de salud y los índices de bienestar reflejan: (1) El estado civil y el nivel de estudios de la muestra se relacionan positivamente con la satisfacción vital, por lo que las viudas y los casados con estudios primarios se declaran satisfechos con sus vidas. Esta muestra se caracteriza por acudir a centros de mayores donde se mantiene una red social significativa para los usuarios. Otro de los aspectos

de estas personas es su inquietud intelectual, que la satisfacen por medio de las distintas actividades que ofrece este tipo de centro. Por lo tanto, el poseer un nivel de estudios primarios supone una ventaja añadida para estas personas. Este resultado se confirma en un estudio²⁸ con 2 muestras de personas mayores, españoles y dominicanos, donde analizaron las relaciones entre el bienestar y variables como el estado civil, y en el que los casados mantenían niveles altos en algunos factores de bienestar, así como el tener altos niveles de estudio se asoció con factores de bienestar; sin embargo, la variable edad mantuvo una relación negativa con el bienestar. (2) El sexo se relaciona negativamente con el malestar físico, lo cual coincide con los resultados obtenidos del malestar físico que presentan las mujeres de la muestra debido a las enfermedades típicas de la edad como la osteoporosis. Sin embargo, es de destacar que esta queja es poco significativa y se limita únicamente al estado físico de la persona, quedando salvaguardado el estado emocional o psicológico. (3) La edad se relaciona con pocas quejas en el estado de salud, como son el tener poca energía, aislamiento social y dificultades para moverse. Este malestar es percibido como poco significativo por una muestra relativamente joven, 68 años, y que mantiene altos niveles de autonomía. En otro trabajo²⁹ se relacionó el bienestar con la edad en una muestra de mayores de 65 años; los resultados mostraron que a menor edad hay una menor satisfacción con la vida,

Tabla 6

Matriz de correlaciones entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar

	LSI	CMI-I	CMI-II	PGC	NHP-I	NHP-II	NHP-III	NHP-IV	NHP-V	NHP-VI	GDS-SF
AE-I	0,01	0,08	0,06	−0,05	0,15	0,20*	0,14	0,19*	0,10	0,21*	−0,01
AE-II	−0,11	0,16	0,28**	−0,26**	0,24*	0,34**	0,30**	0,41**	0,25**	0,31**	0,33**
CNV-II	−0,03	0,08	0,05	0,00	−0,00	0,07	0,03	0,25**	−0,02	0,11	0,14
FAP	0,01	−0,05	0,02	0,07	0,07	0,11	−0,01	0,01	0,19*	0,06	−0,06
FAN	−0,11	0,16	0,25**	−0,21*	0,19*	0,30**	0,20*	0,25**	0,43**	0,29**	0,32**
CONDUC-I	−0,27**	0,13	0,36**	−0,29**	0,02	0,14	0,23*	0,13	0,26**	0,04	0,28**
CONDUC-IV	−0,20*	0,21*	0,34**	−0,27**	0,20*	0,33**	0,31**	0,16	0,13	0,18	0,27**
CONDUC-VI	0,17	−0,28**	−0,27**	0,15	−0,15	−0,23*	−0,19*	−0,19*	−0,21*	−0,27**	−0,25**
CONDUC-VII	−0,31**	0,11	0,15	−0,31**	0,30**	0,12	0,17	0,02	0,32*	0,08	0,30**
CONDUC F-I	−0,23*	0,08	0,28**	−0,23*	0,07	0,16	0,29**	0,18*	−0,04	−0,03	0,25**
PREJ-I	−0,11	0,02	0,18	−0,18	0,12	0,00	0,16	0,06	0,19*	−0,01	0,10
PREJ-II	0,42**	−0,36**	−0,32**	0,45**	−0,24**	−0,15	−0,31**	−0,16	−0,35**	−0,07	−0,38**
PREJ-III	0,11	−0,13	−0,21*	0,21*	−0,12	−0,08	−0,06	0,03	−0,07	0,00	−0,12
PREJ-IV	0,23*	−0,33**	−0,27**	0,34**	−0,30**	−0,22*	−0,28**	−0,20*	−0,29*	−0,31**	−0,29**
PREJ-V	−0,31**	0,31**	0,37**	−0,43**	0,27**	0,15	0,31**	0,26**	0,30**	0,19*	0,39**
PREJ-VI	−0,28**	0,14	0,16	−0,32**	0,07	−0,08	0,09	0,06	0,25**	−0,04	0,23*
PREJ-VII	0,07	−0,11	−0,05	0,23*	−0,23*	0,01	−0,12	−0,11	−0,11	−0,06	−0,14
PREJ F-I	0,25**	−0,33**	−0,20*	0,32**	−0,30**	−0,21*	−0,26**	−0,28**	−0,14	−0,19*	−0,26**

AE-I: actitudes positivas generalizadas de la vejez; AE-II: actitudes negativas en el área laboral de la vejez; CMI-I: estado físico y somatización; CMI-II: estado emocional; CNV-II: perspectiva negativa de la vejez; CONDUC-I: atención personal negativa; CONDUC-IV: críticas por la edad; CONDUC-VI: trato normalizado de igualdad; CONDUC-VII: trato familiar negativo; CONDUC F-I: conductas discriminatorias negativas por la edad; FAN: factor de actitud negativa; FAP: factor de actitud positiva; GDS-SF: *Geriatric Depression Scale-Short Form*; LSI: *Life Satisfaction Index*; NHP-I: energía; NHP-II: dolor; NHP-III: reacción emocional; NHP-IV: sueño; NHP-V: aislamiento social; NHP-VI: movilidad física; PGC: *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*; PREJ-I: imagen negativa de sí mismo; PREJ-II: autoconcepto alto; PREJ-III: habilidad interpersonal; PREJ-IV: políticamente correcto; PREJ-V: autoestima baja; PREJ-VI: aislamiento social; PREJ-VII: creativo; PREJ F-I: valoración personal óptima.

Se ha omitido el cero decimal y la coma ha sido sustituida por un punto.

* $p \leq .05$.

** $p \leq .01$.

y a partir de los 85 años, esta satisfacción aumenta considerablemente debido a variables como la salud, competencia para vivir de forma autónoma y unas adecuadas relaciones personales³⁰. (4) Las enfermedades se correlacionan con el malestar general. El número medio de enfermedades que padece la muestra es de una enfermedad, seguida de ninguna y de 2, por lo que la muestra goza de un adecuado estado de salud. Este malestar se refiere a problemas cardiovasculares y a trastornos osteopáticos, lo cual concuerda con los resultados de malestar físico y emocional, así como a repercusiones en el sueño, en el dolor y en la movilidad física. Estos datos concuerdan con el de otro trabajo³¹ donde las personas con ajuste emocional, los que habían mejorado en su estado de salud en el último año o los que percibieron su salud de forma positiva valoraron positivamente su bienestar emocional, por lo que la salud interacciona de forma positiva con el bienestar emocional. (5) La variable convivencia, referida a la forma de vivir de manera independiente y autónoma, mantiene una única relación negativa con la satisfacción, pero esta es poco significativa y la causa de esa posible insatisfacción puede ser el sentimiento de soledad ocasionada por vivir solos. Esta baja puntuación negativa también puede ser interpretada como una alta valoración de poder vivir de forma autónoma en su propia casa. En un estudio³² con una muestra de personas mayores entre los 75 y los 104 años, la percepción de autoeficacia de los problemas venideros predice de forma favorable la satisfacción con la vida en personas de edad muy avanzada. Otro estudio³³ con muchas similitudes con el presente, analiza la interacción del bienestar y las actividades básicas de la vida diaria en una muestra cuya media de edad es de 76,4 años. Una de las conclusiones de los autores es que la variable bienestar se relaciona de forma positiva con la medida de valoración funcional. Por lo tanto, el bienestar se constituye como una variable predictora relevante de la salud y de la capacidad funcional^{34,35}. Este resultado es confirmado en otro trabajo³⁶ con una muestra de mayores de 60 años donde se demostró que existía una relación positiva entre la percepción de la salud y la de la incapacidad, de tal manera, que cuando aumentan ambas percepciones también lo hace el nivel de dependencia en las actividades básicas e instrumentales. En otro trabajo³⁷ se estudiaron las diferencias en el bienestar en una muestra de ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Sus resultados revelaron la inexistencia de diferencias entre los 2 grupos de la muestra con relación al bienestar psicológico, pero sí las hubo en los factores del bienestar subjetivo, puntuando más bajo los institucionalizados.

Y, finalmente, las relaciones entre las actitudes hacia la vejez y los índices de bienestar muestran que los factores positivos de los 3 componentes de las actitudes se relacionan con el bienestar general, y los factores negativos de dichos componentes con insatisfacción y malestar. Es decir, los factores actitudinales positivos se relacionan positivamente con los instrumentos LSI y PGC, y de forma negativa con el CMI, el NHP y el GDS-SF. Por lo tanto, se confirman las 2 hipótesis de este estudio. La primera hipótesis de partida de este estudio que planteaba la existencia de una relación entre las actitudes positivas hacia la vejez, el bienestar físico y psicológico y un adecuado ajuste emocional. Y la segunda hipótesis sobre la relación entre las actitudes negativas hacia la vejez; el malestar físico, somático y emocional; el desajuste emocional; la percepción negativa de la salud y la insatisfacción vital. A este respecto, existe evidencia de que la discriminación percibida conduce a una reducción del bienestar psicológico³⁸. Estos datos también los reflejan en un estudio empírico³⁹ con 1.250 suecos de edades comprendidas entre los 20 y los 85 años, cuyos resultados mostraron más actitudes positivas hacia los ancianos, especialmente entre los jóvenes y los de mediana edad. Igualmente se ratificó en otro estudio⁴⁰ que la cohorte de más de 59 años valoró el envejecimiento de forma más positiva, y los que manifestaron más actitudes negativas tenían entre 40 y 59 años. En otro estudio se confirma⁶ que las personas mayores de 80 años poseían una percepción de su salud más favorable que el resto

de la muestra de menos edad y tenían menor grado de estereotipos negativos de la vejez. Y un trabajo⁵ con una muestra de personas mayores de 65 años dominicanas destaca entre sus resultados que los aspectos que producen mayor bienestar a esta muestra son las relaciones familiares y sociales, así como sus autovaloraciones.

Los resultados de este trabajo presentan algunas limitaciones que han de tenerse presente. Por un lado, las variables demográficas y de salud que caracterizan a la muestra es la de ancianos sanos, física y mentalmente, con autonomía y sin deterioro cognitivo, lo cual dificulta la generalización y extrapolación de los resultados al colectivo de la tercera edad. Otro aspecto a resaltar es que no se ha confeccionado ningún muestreo representativo de la población para poder arrojar datos con mayor rigor científico, simplemente se ha aprovechado la muestra incidental disponible. Otra limitación de este estudio es el referente al nivel metodológico. Se trata de una muestra claramente sesgada hacia el sexo femenino –107 mujeres (91,5%) frente a 10 hombres (8,5%)– debido a que las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres. Sin embargo, esta cuestión metodológica puede ser abordada subsanando este problema mediante la eliminación de los hombres de la muestra, ya que sus porcentajes limitan el realizar análisis en la variable género y contaminan los resultados referidos a las mujeres. O bien la elección de la muestra debe perseguir adecuar los porcentajes de ambos géneros evitando así la selección de la muestra de forma incidental. En este estudio algunos de los instrumentos que se han utilizado tienen una versión en español, validada con personas mayores (por ej. MMSE, LSI, PGC o GDS). Sin embargo, se optó por la versión original por disponer de ella desde el inicio de la investigación, por lo que sería conveniente tener en cuenta las validaciones del instrumental a emplear antes de emprender un estudio de investigación.

En conclusión, y pese a estas limitaciones, este trabajo constata la importancia de las relaciones entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y el estado de bienestar físico y emocional. Las personas mayores de la muestra de este estudio confirman que las relaciones positivas entre estas 2 variables revierten en una mejor calidad de vida para poder disfrutar de la última etapa del ciclo vital.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fernández-Ballesteros R, García L, Abarca D, Blanc D, Efkides A, Lerma AJ, et al. Lay concept of aging well: Cross-cultural comparisons. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:950–2.
2. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, López MD, Molina MA, Díez J, Montero P, et al. Envejecimiento con éxito: criterios y predicciones. *Psicothema*. 2010;22:641–7.
3. Montorio I, Losada A. Una visión psicosocial de la dependencia. *Desafiando la perspectiva tradicional*. Madrid: IMSERSO, Boletín sobre envejecimiento; 2004.
4. Triadó MC. Envejecer en entornos rurales. Madrid: IMSERSO, Estudios I + D + I; 2003.
5. Molina C, Meléndez JC. Análisis cualitativo del bienestar en la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:276–84.
6. Sánchez C, Trianes MV, Blanca MJ. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:124–9.
7. Keyes CL, Smothkin D, Ryff CD. Optimizing well being: The empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol*. 2002;82:1007–22.
8. Castillo-Carniglia A, Albala C, Dangour A, Uauy R. Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile. *Gac Sanit*. 2012;26:414–20.
9. Requena C, López V, González R, Ortiz T. Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en mujeres mayores activas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:146–8.
10. Castro A, Sánchez-López M. Objetivos de vida y satisfacción autopercibida en estudiantes universitarios. *Psicothema*. 2000;12:87–92.
11. Butler RN. Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*. 1969;9:243–6.
12. Melero J, Buz J. Modificación de los estereotipos sobre los mayores: análisis del cambio de actitudes. Madrid: IMSERSO, Estudios I + D + I; 2002.

13. Nelson TD. Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge, MA: MIT Press; 2002.
14. Palmore EB. Ageism: Negative and positive. Nueva York: Springer; 1999.
15. Herrera S, Montorio I, Cabrera I. Relación entre los estereotipos sobre el envejecimiento y el rendimiento en un programa de estimulación cognitiva. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:339–42.
16. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state». A practical guide for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:189–98.
17. Brodman K, Erdmann AJ, Lorge I, Wolff HG, Broadbent TH. The Cornell Medical Index. An adjunct to medical interview. *J Am Med Assoc.* 1949;140:530–4.
18. Havighurst RJ, Neugarten BL, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *J Gerontol.* 1961;16:134–43.
19. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med.* 1981;15:221–9.
20. Sheikh JL, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol.* 1986;5:165–72.
21. Lawton MP. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *J Gerontol.* 1975;30:85–9.
22. Castellano CL, de Miguel A. Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *IJP&PT.* 2010;10:259–78.
23. De Miguel A. Viejismo en estudiantes de psicología clínica y de la salud: un primer estudio en España. En: Ballesteros S, editor. Ageing, cognition, and neuroscience. Envejecimiento, Cognición y Neurociencia. Madrid: UNED; 2006. p. 309–20.
24. Morgan LA, Bengtson VL. Measuring perceptions of aging across social strata. En: Comunicación presentada en 29th Annual Meeting of the American Gerontological Society. 1976.
25. Kilty KM, Feld A. Attitudes toward aging and toward the needs of older people. *J Gerontol.* 1976;31:586–94.
26. De Miguel A, Castellano CL. Evaluación del componente afectivo de las actitudes viejistas en ancianos: Escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV). *IJP&PT.* 2012;12:69–83.
27. Castellano CL, de Miguel A. Propiedades psicométricas del cuestionario Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento (CONDUC-ENV): análisis del componente conductual de actitudes viejistas en ancianos. *IJP&PT.* 2011;11:359–75.
28. Tomás JM, Oliver A, Navarro E, Meléndez JC, Molina C. Comparación del bienestar psicológico de personas mayores dominicanas y españolas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:180–5.
29. Meléndez JC, Tomás JM, Navarro E. Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:90–5.
30. Domínguez G, Zaldívar D, Pérez J. Caracterización del estilo de vida de individuos con longevidad satisfactoria. *Psicología para América Latina.* 2006.
31. Prieto ME, Fernández G, Rojo F, Lardiés R, Rodríguez V, Ahmed K, et al. Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid: 2005. *Rev Esp Salud Pública.* 2008;82:301–13.
32. Navarro AB, Bueno B, Buz J, Mayoral P. Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;41:222–7.
33. Meléndez JC, Tomás JM, Navarro E. Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anal Psicología.* 2011;27:164–9.
34. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychol Bull.* 2005;131:803–55.
35. Vecina ML. Emociones positivas. *Pap Psicol.* 2006;1:9–17.
36. Gázquez JJ, Rubio R, Pérez MC, Lucas F. Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en personas mayores. *IJP&PT.* 2008;8:117–26.
37. Molina C, Meléndez JC, Navarro E. Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anal Psicología.* 2008;24:312–9.
38. Schmitt MT, Branscombe NR. The meaning and consequences of perceived discrimination in disadvantaged and privileged social groups. En: Stroebe W, Hewstone M, editors. European review of social psychology. Chichester, Inglaterra: Wiley; 2002. p. 167–99.
39. Öberg P, Tornstam L. Attitudes toward embodied old age among Swedes. *Int J Aging Human Dev.* 2003;56:133–53.
40. Villar F. Construcción y evaluación en diferentes cohortes del DSE (Diferencial Semántico del Envejecimiento). *Anal psicología.* 1997;13:31–7.