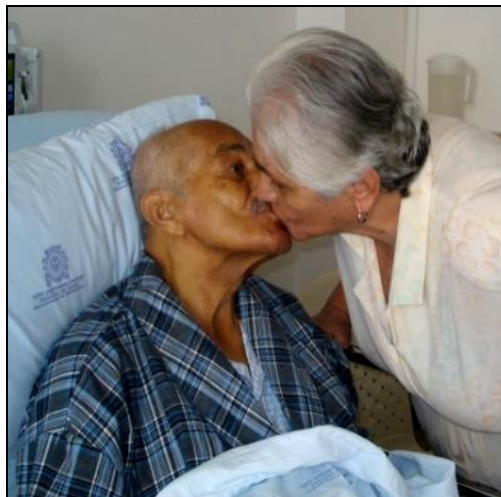




VNIVERSITAT ID VALÈNCIA

**METAS EVOLUTIVAS Y REPRESENTACIONES DEL FUTURO EN
PERSONAS MAYORES SANAS Y CON ENFERMEDADES CRÓNICAS**

María del Carmen Zea Herrera



Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

Doctorado Interuniversitario de Psicogerontología

Directores:

Dr. Feliciano Villar Posada

Dr. Juan José Zacarés González

VALENCIA 2012

INDICE

AGRADECIMIENTOS	7
INTRODUCCIÓN	9
DESARROLLO, ENVEJECIMIENTO Y CICLO VITAL	15
1.1. Envejecimiento y declive	16
1.2. Envejecimiento y desarrollo: la perspectiva del ciclo vital	18
1.2.1. El desarrollo es un proceso heterogéneo.....	21
1.2.2. El desarrollo implica tanto pérdidas como ganancias	22
1.2.3. Las influencias en el desarrollo son múltiples	23
EL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO COMO RESULTADO Y COMO ADAPTACIÓN EVOLUTIVA	25
2.1. Envejecimiento con éxito como resultado	28
2.1.1. Criterios objetivos para envejecer con éxito: el modelo de Rowe y Kahn	29
2.1.2. Criterios subjetivos como indicadores de éxito: los modelos de bienestar	34
Concepción hedonista del bienestar.....	36
Concepción eudaimonista del bienestar y del envejecimiento	39
2.2. Envejecimiento con éxito como adaptación	43
2.2.1. La adaptación como respuesta al estrés	45
2.2.2. La adaptación como autorregulación evolutiva	47
El modelo SOC.....	49
La teoría de la acción	52
La teoría del control.....	56
CAMBIO Y ESTABILIDAD EN LAS METAS EVOLUTIVAS	59
3.1. El contexto cultural de las metas	62
3.1.1. La teoría de Erikson	64
Identidad frente a confusión de roles.....	65
Intimidad frente a aislamiento	66
Generatividad frente a estancamiento	66
Integridad del yo frente a desesperación	67
3.1.2. Las tareas evolutivas	69
3.2. Metas y desarrollo personal	73

3.3. La gestión de las metas en el proceso de envejecimiento	83
3.3.1. Asimilación y acomodación: la perspectiva de Brandtstädter	85
Asimilación y envejecimiento.....	87
Acomodación y envejecimiento	88
Inmunización y envejecimiento	91
3.3.2. Teoría socioemocional.....	94
3.4. Metas, bienestar y salud	98
3.4.1. Metas y bienestar personal	99
3.4.2. La salud como meta en la vejez.....	102
OBJETIVOS Y EXPECTATIVAS DE RESULTADOS	107
4.1. Objetivo general	107
4.2. Objetivos específicos	107
4.3. Expectativas de resultados	108
Contenidos de las metas	108
Orientación motivacional de las metas	108
Metas y bienestar	109
Perspectiva temporal y bienestar.....	109
Metas y estilo de vida.....	109
MÉTODO	113
5.1. Participantes	113
5.2. Procedimiento y consideraciones éticas	117
5.3. Instrumentos	120
5.3.1. Datos socio-demográficos	120
5.3.2. Relaciones y participación social	121
5.3.3. Salud	121
5.3.4. Autonomía funcional	122
5.3.5. Perspectiva Temporal Futura	122
5.3.6. Metas.....	125
5.3.7. Bienestar.....	126
5.3.8. Autocuidado y Estilo de vida	128
5.4. Análisis de datos	130
5.4.1. Análisis de contenido.....	131
Muestreo.....	132
Establecimiento de unidades	132
Elaboración de sistemas de categorías	134
Fiabilidad de los sistemas de categorías.	136
5.4.2. Análisis cuantitativo: procedimientos estadísticos	137

RESULTADOS.....	139
6.1. Diferencias entre grupos (mayores activos, mayores enfermos y jóvenes)	139
6.1.1. Relaciones y participación social.....	139
6.1.2. Estado de salud	140
6.1.3. Autonomía funcional.....	141
6.1.4. Perspectiva Temporal Futura	142
6.1.5. Metas	146
Principal proyecto de vida	147
Expectativas de futuro	152
Deseos para el futuro.....	155
Temores de futuro	161
6.1.6. Bienestar	165
6.1.7. Estilo de vida y autocuidado	167
6.2. Perspectiva temporal y metas	174
6.2.1. Perspectiva temporal y proyectos vitales	175
6.2.2. Perspectiva temporal y expectativas	178
6.2.3. Perspectiva temporal y deseos	179
6.2.4. Perspectiva temporal y temores	182
6.3. Predictores de la orientación motivacional de las metas	184
6.3.1. Proyectos.....	184
6.3.2. Deseos	187
6.3.3. Temores.....	190
6.4. Bienestar y metas	191
6.5. Perspectiva temporal y bienestar	195
6.6. Metas y estilo de vida.....	197
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS	201
7.1. Discusión	202
7.1.1. Contenido de las metas.....	202
7.1.2. Orientación motivacional de las metas	205
7.1.3. Bienestar, metas y perspectiva temporal	207
7.1.4. Metas y estilo de vida.....	209
7.2. Conclusiones.....	210
7.3. Limitaciones	211
7.4. Perspectivas	213
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	215

ANEXO 1: CUESTIONARIO PARA DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	235
ANEXO 2: RELACIONES Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	237
ANEXO 4: AUTONOMÍA FUNCIONAL (Siu, Reuben y Hays, 1990).....	241
ANEXO 5: PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA	243
ANEXO 6: METAS (PROYECTO VITAL, EXPECTATIVAS, DESEOS, PREOCUPACIONES)	245
ANEXO 7: BIENESTAR. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (Diener et al, 1985).	247
ANEXO 8: BIENESTAR. CUESTIONARIO ABREVIADO DE RYFF (Villar et al. 2010). DIMENSIÓN ORIENTACIÓN AL PRESENTE.....	249
ANEXO 9: AUTOCUIDADO Y ESTILO DE VIDA	251
ANEXO 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO	255

AGRADECIMIENTOS

Como la persona creyente que soy, mi primer agradecimiento es a Dios por la vida, profesión y familia que me ha dado, por poner el reto del doctorado en mi camino, y con él muchos obstáculos, pero también las herramientas para superarlos.

Al doctor Feliciano Villar Posada, director de la tesis, mi gratitud perenne, por su ayuda incondicional desde el primer momento; su solidaridad, comprensión y trabajo comprometido lo han hecho más que un profesor, una persona motivadora, soporte en momentos difíciles y un buen amigo.

Al doctor Juan José Zacarés González, mi codirector, muchas gracias por la oportunidad, confianza, diligencia y calidez.

Muchas instituciones están comprometidas de diversa manera en este trabajo y para ellas va mi gratitud: en Colombia, a la Universidad de Antioquia por otorgarme la comisión de estudios doctorales, a su Facultad de Enfermería por acogerme como estudiante y profesora y por su apoyo permanente. A Coomeva EPS SA (Entidad Promotora de Salud), por dejarme investigar a un grupo de sus usuarios. En España, a la Universidad de Granada, que me recibió en los inicios de mi formación doctoral, y especialmente a la Universidad de Valencia que ha matriculado mi tesis y otorga el título doctoral y a la Universidad de Barcelona, que me ha albergado amablemente en uno de sus despachos del Recinto Mundet, donde han transcurrido significativos e inolvidables días de mi vida, de mi historia.

Mi reconocimiento a todos los participantes voluntarios del estudio, a los jóvenes y a los adultos mayores sanos y enfermos, sin su colaboración desinteresada, no podríamos estar presentando los resultados investigativos, grano de arena en el océano del conocimiento.

Finalmente mi gratitud sincera a mis familiares y amigos. Gracias por siempre a la memoria de mi padre Francisco, la persona más generosa y noble que he conocido, quien nos fomentó el gusto por el estudio y la superación, él me animó para emprender esta meta vital, pero la vida no le alcanzó para acompañarme en el final, ni para poder compartir el galardón, fruto de nuestros esfuerzos conjuntos. A mi madre Virgelina, por su bondad, sacrificio y oraciones. A mis hermanos Álvaro, Sulma, Francisco, Amanda y Julián, su respeto y respaldo me han dado fortaleza en los arduos tiempos. A Martha, la amiga, testigo de mis tristezas. A mi esposo Agustín, el hombre leal, el cómplice de siempre, sólo una palabra puede, comprender y acompañar las dificultades en el tiempo y las distancias en el espacio: el amor. Por último a mi hija Isabel, fuente inagotable de inspiración, razón de vivir, muchas gracias por su vida, ternura, sonrisa, alegría, espera y perdón.

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos somos, por naturaleza, organismos orientados hacia metas. Vivimos perfilados hacia el futuro, tenemos ilusiones, expectativas y esperanzas. También temores y amenazas. Estas representaciones del futuro, sean cuales sean, orientan nuestras acciones y dan significado a nuestra vida. Por ello su estudio, y su potencial cambio en diferentes circunstancias vitales, son un ámbito de investigación particularmente relevante.

Las metas, su mantenimiento y cambio en diferentes situaciones, son también un medio de adaptación fundamental a las diferentes circunstancias y contextos en los que nos movemos. Los cambios que experimentamos en diferentes momentos de la vida, en concreto, necesariamente implican una estructura de metas que va ajustándose, para aprovechar mejor las oportunidades que están a nuestro alcance o mitigar el impacto de los obstáculos y adversidades que, en algún momento, nos toca vivir.

En este sentido, el envejecimiento, como proceso generalmente asociado a una mayor probabilidad de experimentar pérdidas, parece un contexto en el que el mantenimiento de ciertas metas puede considerarse amenazado. El recorte en las expectativas de futuro puede desempeñar un papel clave en este sentido, ya que las metas, por definición, son representaciones del futuro. Esta amenaza que supone envejecer se puede acentuar cuando hacerse mayor se ve acompañado de problemas crónicos de salud. La enfermedad en la vejez plantea un escenario especialmente adverso que desafía la imagen que tenemos de nosotros mismos y a lo que pensamos que podemos aspirar en el futuro.

Precisamente esa adversidad que ofrece envejecer con enfermedades crónicas es lo que, a nuestro juicio, ofrece una situación especialmente interesante: estudiar las metas en esas situaciones amenazantes (el envejecimiento, los problemas de salud en la vejez) puede dar una medida de hasta qué punto las personas mayores mantienen su capacidad plástica y son capaces (o no) de ajustarse a esos escenarios desfavorables para mantener, en cualquier caso, unos niveles óptimos de bienestar. ¿En qué medida los mayores tienen expectativas de futuro diferentes a las de los jóvenes? ¿Tienen los mayores con enfermedades crónicas metas similares a los mayores sanos? ¿Plantearse unas metas u

otras en la vejez tiene implicaciones para el bienestar? Son preguntas como esas a las que pretende dar respuesta el estudio que planteamos, y es precisamente la relación entre esas variables (la edad, la salud, el bienestar) y las metas donde está el foco de nuestra tesis y su objetivo principal.

Para alcanzar ese objetivo hemos dividido nuestro trabajo en dos grandes partes: una teórica, donde sentamos las bases conceptuales del estudio y repasamos sus antecedentes, y una segunda empírica, en la que describimos el estudio y sus principales resultados.

Respecto a la parte teórica, se organiza en cuatro capítulos. En el primero de ellos se enmarca el estudio dentro del marco de la Psicología del Ciclo Vital, cuyo máximo exponente es el psicólogo evolutivo alemán Paul Baltes. En contraste con los modelos que hacen equivaler envejecimiento y pérdida, este marco presenta una visión más compleja, y a la vez más optimista, del envejecimiento. Se repasan sus principales supuestos como elementos que permiten concebir a la persona, también en las últimas décadas de la vida, como un organismo en desarrollo y orientado a metas. Estas metas pueden ser entendidas como crecimiento, pero también (y cada vez más, a medida que se avanza por el proceso de envejecimiento), como mantenimiento y regulación de la pérdida.

En el segundo capítulo se examina el enfoque del envejecimiento con éxito. Se enmarca este estudio dentro de la llamada Psicología Positiva, y se repasan las diferentes maneras de entender el éxito en relación con la vejez y sus implicaciones: envejecer con éxito como obtención de ciertos estándares de funcionamiento (objetivos o en forma de bienestar/satisfacción), o bien envejecer con éxito como capacidad de adaptarse a los cambios que experimentamos en las últimas décadas de la vida. En este último punto, se comentan tres enfoques clave (el modelo SOC, la teoría de la acción y la teoría del control) que tienen las metas evolutivas como elemento central y nos permiten entender cómo las personas se autorregulan y aplican procesos adaptativos para, manteniendo y/o modificando metas, adaptarse a las circunstancias que impone el paso de los años.

El tercer capítulo se centra de manera más específica en las metas como objeto de estudio. Tras definir qué entendemos por metas personales y resaltar su importancia desde una perspectiva evolutiva, se repasa la dimensión cultural de las metas (es decir, las trayectorias evolutivas normativas, lo que se supone que hemos de lograr y desear en cada momento de la vida) y su papel en el desarrollo personal, enfatizando los diferentes conceptos utilizados para su estudio y como el contenido de las metas cambia a lo largo de la vida y, en especial, en la vejez. Tras ello, se repasan los estudios referidos a las explicaciones para el cambio de

metas a lo largo de la vida y la función de este cambio en términos de ajuste y adaptación, para terminar relacionando las metas con el bienestar personal y la salud.

Esta primera parte del estudio acaba, en el capítulo cuatro, explicitando los objetivos generales y específicos que pretendemos conseguir con la investigación, así como las principales expectativas de resultado que se derivan de la exposición teórica anterior.

La segunda parte del trabajo es el planteamiento y realización del estudio empírico que se llevó a cabo para alcanzar los objetivos planteados. En el capítulo cinco describimos la metodología, comentando los tres grupos que forman parte de la muestra (un grupo de mayores activos y sanos, un segundo grupo de mayores con problemas crónicos de salud y un tercer grupo de estudiantes universitarios), como se seleccionaron y sus principales características. También se repasan los instrumentos utilizados, que combinan cuestionarios cuantitativos (para el bienestar o para los estilos de vida, por ejemplo) con otros destinados a generar datos cualitativos (para las metas, que se obtienen a partir de frases incompletas), así como las diferentes estrategias de análisis de datos que se emplean.

El capítulo seis está dedicado a la exposición de los principales resultados, tanto cuantitativos como cualitativos. Junto con los resultados de los análisis de contenido de los datos cualitativos, se exponen los análisis cuantitativos bivariados y multivariados que permiten dar respuesta a los objetivos planteados.

El capítulo siete se dedica a la discusión de los resultados obtenidos, interpretándolos a la luz de los conceptos expuestos en la primera parte del trabajo, e incluyendo las limitaciones del estudio y las perspectivas que se abren a partir de él. Las principales conclusiones se exponen de manera resumida en el capítulo ocho.

El trabajo termina con las referencias bibliográficas utilizadas, para finalmente incluir, en los anexos, los diferentes materiales e instrumentos de recogida de datos utilizados en el estudio.

En suma, el estudio que planteamos se sitúa dentro de las coordenadas conceptuales definidas por dos perspectivas: la Psicología Positiva y la Psicología del Ciclo vital. Respecto a la Psicología Positiva, es un enfoque optimista que pretende explorar las fortalezas humanas y las formas por las que somos capaces tanto de desarrollarnos y alcanzar nuestro potencial, como de ajustarnos a la pérdida y extraer significado de ella si las cosas no van tan bien. Este enfoque optimista es compartido por la perspectiva denominada Psicología del Ciclo Vital, un enfoque evolutivo que trata de entender el envejecimiento no como un

momento desgajado del resto de la vida y caracterizado sólo por el declive, sino como una fase más que, como las anteriores, implica tanto pérdidas como ganancias.

Tanto desde la Psicología Positiva como desde la Psicología del Ciclo Vital, el ser humano intencional, es decir, con metas e instrumentos comportamentales destinados a alcanzarlas, con capacidades para influir en su propia vida y ser, hasta cierto punto, arquitecto de su propio desarrollo. La aplicación de estos principios en un contexto geográfico en el que apenas se han generado estudios empíricos sobre estos temas, como son los mayores en Latinoamérica (y, en concreto, en la ciudad colombiana de Medellín) puede aportar un interés añadido a nuestro estudio. A diferencia de Estados Unidos o Europa, en Latinoamérica (y, en concreto, en Colombia) nos encontramos con sociedades relativamente jóvenes, en las que la urgencia en el estudio de las necesidades e intereses de los mayores apenas se está comenzando a sentir. Por ello, el estudio que planteamos puede abrir vías novedosas de investigación en este ámbito.

PRIMERA PARTE

COMPONENTE TEÓRICO

PRIMER CAPÍTULO

DESARROLLO, ENVEJECIMIENTO Y CICLO VITAL

En el ámbito del envejecimiento y la vejez, a pesar de ser fenómenos normativos que, si todo va bien, todas las personas acaban experimentando, existen numerosos estereotipos y creencias erróneas (Thornton, 2001). Estos estereotipos, en general, no son positivos. Así, la vejez es concebida como un periodo en el que dependencia, la pasividad o la enfermedad son aspectos dominantes. En ocasiones, se habla de las personas mayores como personas que han perdido toda ilusión, o incluso como personas que acaban convirtiéndose en caricaturas degradadas de sí mismos. En el envejecimiento, de esta manera, se entiende como un proceso de declive, de pérdida, que poco a poco nos aproxima a la pérdida última, la muerte.

Estos estereotipos tradicionales, sin embargo, están siendo desafiados en las últimas décadas por nuevas imágenes de los mayores que los representan de una manera más dinámica y positiva. Bajo el paradigma de lo que se ha dado en llamar 'el envejecimiento activo', tanto medios de comunicación como instancias políticas tratan de promover la implicación en actividades, la participación y el disfrute de la vejez (ver, por ejemplo, el plan de acción de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento de las Naciones Unidas, 2002).

En este capítulo pretendemos describir cómo este cambio también se ha producido en el ámbito científico y, en concreto, en la psicología de la vejez. Se ha pasado de unos modelos exclusivamente de declive y pérdida a otros mucho más complejos y matizados, en los que la pérdida convive con la ganancia y donde las diferencias, intra e interindividuales son la norma y no la excepción. Sólo desde este tipo de modelos se puede entender el papel de las metas como elemento que permite una adaptación con éxito a los desafíos que plantea el

hecho de envejecer, especialmente si este envejecimiento se ve acompañado de la enfermedad.

1.1. Envejecimiento y declive

El envejecimiento es un proceso evolutivo normativo que caracteriza buena parte del ciclo vital humano. Como tal, y desde un punto de vista psicológico, es objeto de conocimiento de la Psicología Evolutiva. Sin embargo, si la Psicología Evolutiva es la encargada de estudiar el desarrollo, la noción de desarrollo tradicional ha dejado poco espacio para el estudio del envejecimiento y, cuando lo ha hecho, ha promovido estudios que alentaban una imagen de la vejez fundamentalmente asociada a la idea de declive.

Esto es así porque, en conjunto, podemos argumentar que la noción de desarrollo sostenida tradicionalmente Psicología Evolutiva como disciplina científica, supone, en líneas generales, una trasposición del modelo biológico de crecimiento a las estructuras y funciones psicológicas del individuo. Es decir, al igual que se produce un aumento evidente en las potencialidades biológicas de la persona durante las primeras décadas de la vida, sus estructuras y funciones psicológicas también experimentan este crecimiento, y es precisamente eso lo que tiene que describir y explicar la Psicología Evolutiva. Así, la noción tradicional de desarrollo presentaría las siguientes características:

- Cambios de carácter únicamente positivo, es decir, el desarrollo supone cambiar hacia mejor, experimentar ganancias que permiten al organismo incrementar su eficiencia, lograr una mejor adaptación e incrementar sus posibilidades de supervivencia.
- Cambios estrechamente relacionados con la edad que se experimentan de manera paralela a la transformación biológica del cuerpo y funciones físicas que se conoce como maduración o crecimiento.
- Cambios que tienen un carácter universal, que son comunes a todos los individuos y suceden de manera fundamentalmente idéntica en todos ellos. En este sentido, las diferencias individuales presentan poca importancia en comparación con el proceso general común.
- Cambios que se experimentan de manera ordenada, siguiendo un secuencia predecible que todas las personas recorren y en la que cada uno de los pasos supone no sólo una mejora respecto a los anteriores, sino también un prerrequisito para los siguientes.

- Cambios que se orientan hacia la consecución de un punto hacia la que la persona avanza, punto que supone la culminación del proceso en un momento de progresión máxima, típicamente al final de la adolescencia o en la adultez. En esa culminación, la persona presenta unos parámetros de funcionamiento óptimos, que a la vez suponen el punto de comparación que permite conocer si el sentido de determinado cambio es desarrollo o no: sólo lo será si permite acercarse ese funcionamiento óptimo.

Desde este punto de vista, un modelo de desarrollo que incluya las nociones de universalidad, progresión secuencial de cambios hacia una mayor complejidad o meta final, permite describir los cambios que suceden en la infancia y adolescencia, pero es aplicable a posteriores fases de la vida (Flavell, 1970). Desde este modelo, el desarrollo es un proceso propio de las fases iniciales ciclo vital, aquellas en las que también se da la maduración física, no de toda la vida. En consecuencia, desde este esquema el envejecimiento está fuera del ámbito del desarrollo.

De hecho, la aplicación de parámetros maduracionistas al envejecimiento hace que este proceso se asimile a deterioro y declive. Mientras en las primeras etapas de la vida se mejora, las últimas suponen una involución y pérdida de aquello ganando.

El resultado es una división del ciclo vital humano en tres momentos:

- Una primera fase, desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia, caracterizada por la aparición, mejora y progresión general en todas las funciones y estructuras psicológicas del individuo. Estos cambios positivos se etiquetarían como 'desarrollo'.
- Una última fase, que comprendería las décadas finales de la vida, con un punto final claro (la muerte), pero sin un punto de inicio demasiado concreto, en la que experimentaríamos un declive de todas esas estructuras y funciones que habían aparecido y progresado en las primeras fases, declive que se acentuaría con el paso de los años. Estos cambios negativos se etiquetarían como 'envejecimiento'.
- Una fase intermedia, mal definida, en la que esas estructuras y funciones se mantendrían en unos niveles óptimos y más o menos estables, sin cambios demasiado significativos.

Como podemos observar, el modelo evolutivo resultante podría ser representado por una curva en forma de U invertida (Lavouvie-Vief, 1982).

De aquí se deriva que el envejecimiento presente las mismas cualidades que antes habíamos mencionado para la noción tradicional de desarrollo, sólo que en sentido contrario. En

concreto, el envejecimiento se concibe como un conjunto de cambios evolutivos que suponen una pérdida e incrementan la posibilidad de muerte, cambios que únicamente aparecen en las últimas etapas de la vida (en paralelo al deterioro biológico). Es también un proceso universal que sufren todos los individuos de manera similar y que afecta a todas las funciones y estructuras psicológicas, siguiendo una secuencia ordenada de deterioro y pérdida cada vez más acentuada. En suma, el envejecimiento supone alejarse del funcionamiento óptimo del individuo que se alcanza con la madurez.

Esta visión del envejecimiento como declive es coherente con las definiciones clásicas de este proceso que se han ofrecido desde la biología. Por ejemplo, para Strehler (1962), el envejecimiento es un proceso que presenta cuatro características: es universal (se da en todos los miembros de una determinada especie a no ser que mueran precozmente), progresivo (se da de manera continua y sus efectos son acumulativos), intrínseco al organismo (es decir, irreversible) y degenerativo.

1.2. Envejecimiento y desarrollo: la perspectiva del ciclo vital

Como hemos comentado, la visión tradicional del envejecimiento es la de un proceso que implica sólo pérdidas y declive. Sin embargo, a partir de los años 70 del siglo pasado, se propusieron desde la Psicología (y, en concreto, desde la Psicología Evolutiva) modelos alternativos que abogaban por una visión más compleja del proceso de envejecimiento, una visión que no contemplara sólo pérdidas y en la que los procesos de desarrollo también pudieran estar incluidos. Sin duda el modelo más influyente en este sentido es la conocido como la perspectiva del ciclo vital.

Esta perspectiva apareció en un primer momento centrada en cuestiones de tipo metodológico (y, en concreto, en relación con la propuesta de diseños longitudinales aplicados al cambio en la segunda mitad de la vida; ver Baltes 1979).

Sin embargo, ya desde esos primeros momentos, una de las preocupaciones de los autores que se engloban dentro de esta perspectiva (Baltes o Thomae en Alemania, Nesselroade o Schiae en Estados Unidos) estriba en la reconceptualización de la noción de desarrollo, proponiendo una nueva noción alejada de los conceptos maduracionistas y biologicistas tradicionales para contemplar la multidireccionalidad del cambio evolutivo, las diferencias individuales o la influencia del contexto en el desarrollo. En este sentido, la perspectiva del ciclo vital defiende que el desarrollo se ve influido por una gran cantidad de factores

diferentes, junto con algunas dependientes de la edad, otras dependientes de la historia y aún otras no normativas que afectan únicamente a personas individuales (Baltes, 1979, 1983).

En un segundo momento, y en especial desde la dirección de Baltes y su equipo en el Instituto Max Planck de Berlín, el interés se centró en concretar los postulados de la perspectiva del ciclo vital en un modelo más específico que permita describir, explicar y predecir la dinámica del cambio a lo largo de la vida, y especialmente durante el envejecimiento. El resultado es un modelo de adaptación a lo largo de la vida que en el que los conceptos clave son los de selección, optimización y compensación y que revisaremos en el capítulo 2 del presente trabajo (Baltes, 1987, Baltes y Baltes, 1990, Baltes, 1997).

Quizá el aspecto clave de la perspectiva del ciclo vital reside en una concepción del desarrollo mucho más amplia, que permite su aplicación a la segunda mitad de la vida. Como hemos revisado anteriormente, los modelos de desarrollo clásico (por ejemplo, el de Piaget, o el de Gesell) entendían como desarrollo únicamente el progreso que se produce en la infancia: desarrollarse implica mejorar. Sin embargo, Baltes y sus colaboradores distinguen tres metas u orientaciones en el desarrollo evolutivo (Baltes, Staudinger y Lindenberger, 1999).

La primera es, lógicamente, el crecimiento, entendido como comportamientos destinados a alcanzar niveles más elevados de funcionamiento o de capacidad adaptativa. Sin embargo, más allá de esta orientación o meta evolutiva, la única que se propone desde los modelos clásicos de desarrollo, Baltes plantea dos orientaciones del desarrollo adicionales:

- El mantenimiento, entendido como comportamientos destinados a mantener el nivel de funcionamiento actual a pesar de la presencia de desafíos u amenazas, o también el retorno a niveles previos de funcionamiento tras haber experimentado una pérdida (sería lo que ha sido llamado resiliencia).
- La regulación de la pérdida, entendida como la reorganización del funcionamiento en niveles inferiores tras una pérdida que hace imposible el mantenimiento de niveles de funcionamiento anteriores.

Entender el desarrollo como algo más que crecimiento es lo que permite abrir este concepto a múltiples fenómenos que ocurren durante el envejecimiento. Para Baltes y sus colaboradores, a lo largo del ciclo vital se observa diferencial de cada una de esas metas de desarrollo: mientras en la infancia la mayoría de esfuerzos se invierten en la meta evolutiva del crecimiento, esta meta recibe menos inversiones a medida que pasan los años. En

cambio, para las otras dos metas, la trayectoria evolutiva es la contraria: su importancia típicamente no es mucha en los primeros años, pero va creciendo a lo largo de la vida hasta llegar a la vejez, en las que son las metas evolutivas fundamentales a las que se dedican la práctica totalidad de los recursos disponibles.

Es importante destacar que las tres metas están presentes a lo largo de toda la vida, lo que cambia es simplemente el balance relativo de recursos que se dedican a cada una de ellas. Estos cambios responden a la reducción de recursos biológicos, a la necesidad mayor de recursos culturales y a la relativa ineficiencia de estos recursos culturales a medida que envejecemos (ver figura 1).

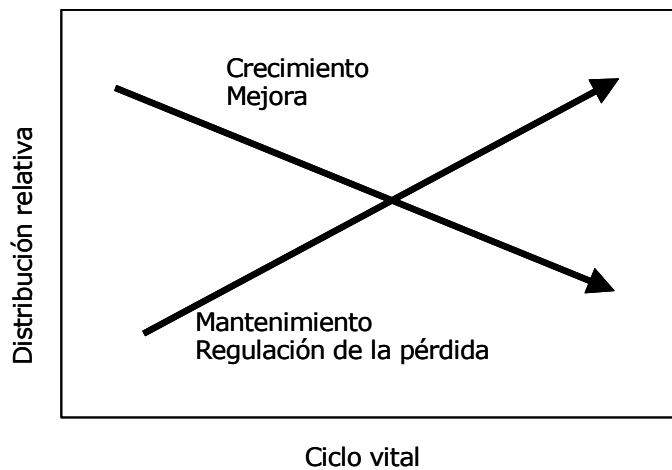


Figura 1. Orientación hacia diferentes tipos de metas a lo largo del ciclo vital (tomado de Baltes, 1997)

En gran medida, un envejecimiento con éxito, como se explicará en el siguiente capítulo (Baltes y Baltes, 1990), depende del grado de dominio efectivo de la oportunidad y necesidad de recursos para cada una de las tres metas, así como de la capacidad de cambiar de manera flexible la inversión de recursos de unas metas a otras a medida que las circunstancias de la vida van cambiando.

A partir de esta redefinición fundamental del concepto de desarrollo, que ahora resulta mucho más amplio y aplicable a toda la vida (incluidas sus últimas etapas), la perspectiva del ciclo vital destaca otra serie de características del proceso de cambio evolutivo. Entre ellas, destacamos las siguientes:

1.2.1. El desarrollo es un proceso heterogéneo

Desde la perspectiva del ciclo vital el desarrollo ya no se contempla como un único proceso uniforme y normativo de crecimiento referido sólo a la infancia. El desarrollo abarca la totalidad del ciclo vital, sin que unas etapas tengan preeminencia o sean más importantes que otras.

Además, los procesos de cambio que implica el desarrollo no necesariamente han de seguir patrones fijos, sino que pueden diferir entre ellos tanto en dirección (hay cambios que implican crecimiento en términos psicológicos, mientras otros implican declive) como en temporalidad (el cambio puede producirse en cualquier punto del ciclo vital, tener una duración variable y terminar también en cualquier punto de la vida). Todos los cambios, los cortos y los que duran gran cantidad de tiempo, los positivos y los negativos, pueden considerarse dentro del concepto amplio de desarrollo, que no incluye sólo al crecimiento. Como hemos visto, el crecimiento es sólo una clase particular de orientación evolutiva, pero no la única.

En suma, desde la perspectiva del ciclo vital se puede hablar del desarrollo como de un proceso multidimensional y multidireccional:

- Multidimensional, porque el cambio evolutivo no afecta siempre igual a todas las dimensiones del ser humano. Estas se conciben como relativamente independientes y, mientras en algunas pueden observarse cambios positivos en determinado momento evolutivo, simultáneamente en otras pueden darse procesos de cambio negativo (pérdidas) o pueden permanecer estables. Por otra parte, se deja de considerar que existen etapas vitales de 'cambio' (positivo en la infancia, negativo en la vejez), mientras otras son de 'estabilidad' (madurez). Cambio y estabilidad son parámetros presentes a lo largo de todo el ciclo vital (Thomae, 1979).
- Multidireccional, debido a que no existe una única trayectoria de desarrollo posible. El desarrollo no se concibe como un proceso normativo, sino que se reconocen diferencias tanto intraindividuales (como ya hemos comentado al hablar de multidimensionalidad) como interindividuales. Estas diferencias son el producto de las influencias múltiples que recibe el desarrollo y de los esfuerzos de las personas por adaptarse a las circunstancias que les tocan vivir. Lejos de disminuir con el tiempo, las diferencias individuales (y, con ellas, la multiplicidad de trayectorias

evolutivas) aumentan con la edad, a medida que las personas experimentan cada vez más factores que crean diferencias.

Como puede observarse, este concepto de desarrollo presenta una mayor apertura y flexibilidad que el tradicional basado en la idea de crecimiento, maduración y meta final.

1.2.2. El desarrollo implica tanto pérdidas como ganancias

El desarrollo se entiende como un proceso en que están presente siempre tanto pérdidas como ganancias. La perspectiva del ciclo vital se aleja así de una visión del desarrollo como proceso homogéneo de sólo ganancias. Más bien, es un sistema cambiante y dinámico en el que interaccionan pérdidas y ganancias.

Esta coocurrencia de pérdidas y ganancias caracteriza todo el ciclo vital, y se pone de manifiesto tanto en las etapas que tradicionalmente han sido consideradas sólo de pérdidas (la vejez) como en aquellas que se han definido sólo por sus ganancias (la infancia). Así, en el caso de la infancia se enfatizan las consecuencias secundarias negativas que pueden tener ciertos avances (por ejemplo, al aprender a vocalizar, se mejora en la producción de ciertos sonidos de la lengua del contexto, pero se pierde la capacidad para captar y producir sonidos de otras lenguas). En el caso de la vejez, la perspectiva del ciclo vital enfatiza en sus estudios aspectos de mantenimiento o ganancia que se dan en las últimas fases de la vida.

Desde este punto de vista, la ganancia nunca se da en estado puro, sino asociado a ciertas pérdidas. Por ejemplo, las ganancias que surgen del proceso de especialización en ciertas tareas, que nos ayudan a alcanzar niveles de rendimiento muy altos en ellas, pueden llegar a tener efectos negativos en otros dominios de comportamiento. Por otra parte, la pérdida, desde este punto de vista, puede tener cierto valor como desencadenante de ganancias, puede ser un disparador de procesos compensatorios para mitigar sus consecuencias y volver a un nivel de funcionamiento equivalente y a veces incluso superior al que se tenía antes de la pérdida, de manera que se produzca una mejora de nuestra capacidad adaptativa.

Considerar pérdidas y ganancias a lo largo de toda la vida no contradice el hecho de que, tomada en conjunto la capacidad adaptativa en determinado momento y contexto, se evidencien aumentos o decrementos globales en esta capacidad. En consecuencia, la perspectiva del ciclo vital afirma que el balance entre pérdida y ganancia cambia a lo largo de la vida (Baltes, 1987): aquellas se hacen más probables a medida que pasan los años, lo

cual no implica que, con independencia de la edad, siempre pueda existir una posibilidad de experimentar ganancias (ver figura 2).

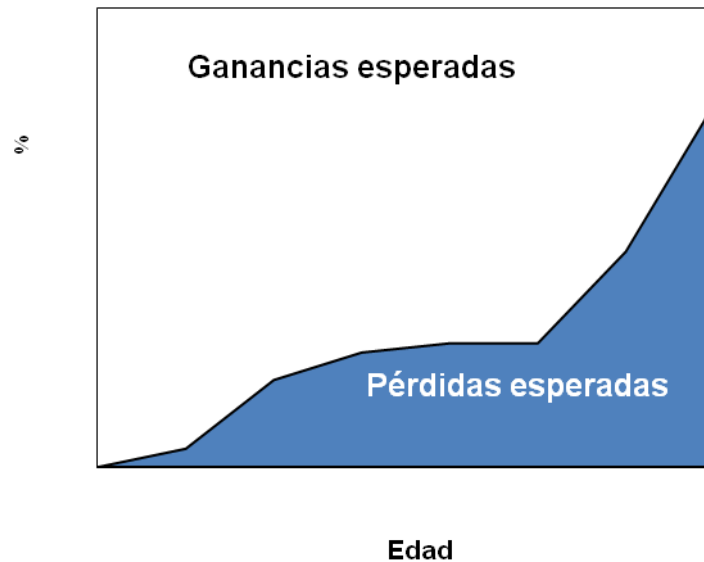


Figura 2. Proporción de pérdidas y ganancias a lo largo del ciclo vital (tomado de Heckhausen, Dixon y Baltes, 1989)

1.2.3. Las influencias en el desarrollo son múltiples

La perspectiva del ciclo vital propone que el desarrollo está expuesto e influido por un número y tipo de factores muy numerosos y complejo, en el que los factores culturales y contextuales desempeñan un papel esencial. La persona se desarrolla en un escenario sociocultural que le proporciona tanto oportunidades como barreras al desarrollo, y que coexiste con las oportunidades y dificultades de tipo biológico (que eran las únicas subrayadas, en el fondo, por los modelos tradicionales de desarrollo).

Yendo más allá de la diferenciación entre factores socioculturales y biológicos, los psicólogos del ciclo vital diferencian tres tipos de influencias en el desarrollo (Baltes, 1979):

- Influencias normativas relacionadas con la edad: hacen referencia a factores biológicos o sociales estrechamente vinculados con la edad de los individuos. Es decir, aparecen generalmente a una edad determinada. Dentro de este grupo caben tanto las tradicionales influencias biológico-madurativas, como otros factores sociales (por ejemplo, el proceso de socialización temprana) que muestran una gran homogeneidad interindividual en la forma y momento de aparición. Son los factores

responsables de que el desarrollo de todas las personas siga unas pautas generales comunes.

- Influencias normativas relacionadas con la historia: son factores de tipo biológico o social que afectan sólo a los individuos que pertenecen a una misma generación, o bien afectan de manera diferencial a personas de distintas generaciones. Por ello se suele hacer referencia a este tipo de determinantes como factores generacionales o de cohorte. Son los responsables de que los miembros de una determinada generación, por el hecho de haber sido expuestos a las mismas experiencias históricas, muestren cierto parecido.
- Influencias no normativas: son factores biológicos o sociales que afectan a individuos concretos, en un momento dado de sus vidas, sin seguir patrones ni secuencias fijas. Por ejemplo, este tipo de eventos pueden afectar a la esfera laboral (conseguir determinado trabajo), familiar (seleccionar cierta pareja, perder a los padres), o de la salud (una enfermedad, un accidente). Como experiencias vitales únicas, estos elementos son responsables de gran parte de las diferencias interindividuales, sobre todo en personas de la misma generación.

Todos estos factores interaccionan entre ellos a la hora de producir un determinado cambio y, a su vez, son capaces de evolucionar y cambiar. También es importante destacar como su influencia no es exacta ni igual en todos los individuos, existiendo siempre un margen de variabilidad individual aun en personas afectadas por los mismos factores.

La perspectiva del ciclo vital plantea además que la importancia de cada una de las categorías de determinantes no es la misma en todos los puntos del ciclo vital, ya que se relaciona con la edad. En concreto, Baltes (1979) afirma que durante la infancia los factores más relevantes son aquellos normativos relacionados con la edad, que son los que subrayan la regularidad de los cambios. Más allá de la adolescencia la frecuencia de las influencias que se da en la infancia se pierde y se entraría en etapas más abiertas y variables, en las que los factores normativos relacionados con la historia y los no normativos son los que determinan la gran mayoría de los cambios evolutivos que se producen. Si aceptamos esta relación, para entender el desarrollo en la adultez y la vejez son fundamentales los factores sociales e históricos y acontecimientos vitales propios de cada historia de vida. Esta idea contribuye a contemplar la vejez no como etapa homogénea marcada únicamente por el declive, sino como la etapa en la que quizá se dan más diferencias individuales, ya que en ella se manifestarían las consecuencias de toda una vida de experiencias vitales particulares.

SEGUNDO CAPÍTULO

EL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO COMO RESULTADO Y COMO ADAPTACIÓN EVOLUTIVA

Tradicionalmente, la psicología se ha ocupado más de los estados y procesos patológicos o problemáticos, aquellos que causan dolor e insatisfacción en el ser humano, más que en aquellos otros relacionados con el funcionamiento psicológico positivo.

Aunque esta tendencia puede ser comprensible si tenemos en cuenta que es precisamente ese funcionamiento problemático lo que quizá resulta más urgente atajar y lo que en primer lugar demanda atención de la psicología (especialmente de la psicología aplicada), no es menos cierto que resulta muy limitado aludir a la mera ausencia de enfermedad o patología para entender los estados de bienestar de la persona.

Desde los años 60 del pasado siglo se ha venido abriendo paso la idea de que la salud (al menos en el sentido psicológico del término) no se define simplemente a partir de la ausencia de patología, sino que implica además la presencia de estados y procesos positivos. Conocer qué es lo que hace a las personas felices, en qué consisten esos estados y cuáles son los procesos que los determinan también es de gran relevancia desde un punto de vista aplicado, ya que este conocimiento es un prerrequisito si queremos promover la satisfacción y el crecimiento personal en la población. En Psicología, esta línea de pensamiento que destaca las fortalezas y virtudes humanas por encima del estudio exclusivo de aquello que funciona mal se conoce como Psicología Positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) y ha tenido un importante desarrollo en las últimas dos décadas.

El envejecimiento supone un reto importante desde la perspectiva de la Psicología Positiva, ya que es la etapa de la vida tradicionalmente definida, como hemos visto en el capítulo

anterior, por pérdidas y declives. Así, poder encontrar ganancias y aspectos positivos en los últimos años de la vida supone por una parte explorar las potencialidades humanas en momentos vitales no tan favorables, y por otra delimitar los límites del crecimiento y las ganancias. En este sentido, la psicología del ciclo vital puede encuadrarse dentro de este movimiento de la Psicología Positiva.

De acuerdo con la perspectiva del ciclo vital, repasada en el primer capítulo, Fernández-Ballesteros (2009) señala que este nuevo enfoque está basado en tres tipos de evidencia empírica procedentes tanto de las ciencias bio-médicas como de las ciencias sociales y del comportamiento. Son las siguientes:

- A lo largo de la historia de la especie, se ha experimentado una mejora constante de los parámetros biofísicos, comportamentales y sociales de vida, lo que ha permitido, al menos en los países desarrollados, no sólo aumentar la longevidad media, sino el número de años que la persona es esperable que viva con una calidad de vida aceptable.
- El envejecimiento no es un proceso homogéneo, sino que existen formas muy diversas de envejecer, algunas más saludables o satisfactorias que otras. Esta heterogeneidad es muy alta con independencia del parámetro de envejecimiento (biológico, psicológico, social) que se escoja.
- Existe una importante capacidad de cambio y plasticidad a lo largo de la vida del individuo. Esta capacidad plástica se mantiene, aún reducida, también en la vejez. La plasticidad permite no sólo aspirar a ciertas mejoras también en las últimas fases de la vida, sino también ser un recurso para poder compensar pérdidas.

Esas tres evidencias suponen puntales para abordar el envejecimiento desde una perspectiva ajena al declive irreversible. Y, en este sentido, implican que no sólo es posible un 'buen envejecer', sino que esa forma optimista de envejecimiento es una de las metas fundamentales a las que aspira el ser humano.

Esta aproximación optimista al envejecimiento ha traspasado los límites de la ciencia para impregnar también el discurso político sobre el envejecimiento. Así, el desarrollo en la vejez es uno de los ejes fundamentales del Plan de Acción de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, convocada por la ONU en Madrid en el año 2002 (Naciones Unidas, 2002). La misma ONU ha acuñado el concepto de envejecimiento activo (*active aging*) como

concepto para aproximarse a esta idea positiva de la vejez y orientar políticas que la fomenten (WHO, 2002).

Desde el punto de vista científico se han propuesto diversos conceptos para el estudio de este 'buen envejecer'. Entre ellos, pueden destacarse, además del mencionado 'envejecimiento activo', los conceptos de 'envejecimiento competente' (Fernández-Ballesteros, 1998), 'envejecimiento saludable', 'envejecimiento productivo' (Bass, Caro y Chen, 1993, Morrow-Howell, Hinterlong y Sherraden, 2001) o 'envejecimiento óptimo' (Gutiérrez, Serra y Zacarés, 2006). Cada uno de ellos presenta unos perfiles ligeramente diferentes al resto, aunque todos ellos apuntando a una misma idea básica, el tratamiento optimista de los últimos años de la vida.

Sin embargo, si se tuviera que escoger el concepto más influyente y que ha generado mayores líneas de investigación, sin duda nos deberíamos quedar con el de 'envejecimiento con éxito' (*successful aging*, también traducido al español como 'envejecimiento satisfactorio'). Sin embargo, no existe una definición unívoca de qué ingredientes compondrían este 'buen envejecer', y diversos autores proponen criterios diversos.

Así, paradójicamente, a pesar de ser uno de los términos más utilizados en la literatura gerontológica durante los últimos años, no se dispone de una definición consensuada acerca de lo que significa el 'éxito' en relación con el envejecimiento, y diferentes autores utilizan marcos de interpretación diferentes. En general, se podrían diferenciar tipos modelos que definen y tratan el envejecimiento con éxito (Villar, en prensa):

- Por una parte, están aquellos que definen 'envejecer con éxito' como el logro de ciertos estados y criterios ideales en las últimas décadas de la vida. La clave en este caso está especificar qué estados se incluyen como criterio de éxito a la hora de envejecer y cómo se justifican.
- Otros modelos, sin embargo, evitan comprometerse con criterios o estados finales y entienden el envejecimiento con éxito de un modo dinámico, como la puesta en marcha de ciertos procesos que facilitan la adaptación de la persona a unas condiciones cambiantes a medida que pasan los años.

En el resto del capítulo se tratarán cada una de estas tendencias por separado, identificando distintos marcos teóricos que se encuadran en cada una de ellas, los principales resultados que han alcanzado, así como los puntos fuertes y debilidades de cada aproximación.

2.1. Envejecimiento con éxito como resultado

Una primera cuestión fundamental para abordar el tema del envejecimiento con éxito como consecución de ciertos estándares óptimos es, precisamente, la determinación de los criterios que se seleccionan para etiquetar ciertos modos de envejecimiento como exitosos o satisfactorios. La concreción de estos indicadores de éxito es la clave de tanto de la definición del concepto como de la diferenciación entre esos modos 'mejores' de envejecer (modos que, por lo tanto, se deberían promover) de otras formas de envejecer que podrían considerarse 'peores'. El tema de los indicadores es también esencial en otros conceptos similares al que estamos tratando, como por ejemplo la noción de calidad de vida aplicada a la vejez (ver, por ejemplo, Fernández Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996).

La cuestión es complicada porque no disponemos de uno o unos pocos criterios consensuados. En concreto, se podrían diferenciar dos tipos de estos criterios candidatos a formar parte de la definición del envejecimiento con éxito:

- Unos criterios objetivos, que hacen referencia a características directamente observables y que, en una medida u otra, permiten comparar a las personas en una escala de rendimiento o de funcionalidad. Por ejemplo, la mayoría de indicadores de salud física, de estado cognitivo o de actividades que es capaz de realizar la persona serían indicadores de este tipo.
- Unos criterios subjetivos, que implican la opinión y los valores de la propia persona. Este tipo de criterios a veces pueden incluir aspectos de tipo cualitativo, y más que representar el rendimiento o la capacidad en alguna dimensión humana, hacen referencia a aspectos emocionales o evaluativos determinados por la propia persona. Elementos como la felicidad, la satisfacción vital o sentido de control personal serían buenos ejemplos de este tipo de indicadores.

Baltes y Baltes (1990) plantean que cada tipo de criterios tiene sus propias fortalezas y debilidades. Por ejemplo, indican que el uso de criterios objetivos presenta ciertas ventajas. Al ser claramente medibles, proporcionan unos criterios más claros de intervención y nos aleja de considerar que todo está bien si la persona así lo considera.

Como veremos, ciertas dimensiones subjetivas, como la satisfacción con la vida, parecen presentar una gran estabilidad con el paso de los años. Esta tendencia aparece también si comparamos grupos con condiciones sociodemográficas dispares. Por ejemplo, grupos con diferente estatus marital, ingresos económicos desiguales, condiciones objetivas de vida

muy diferentes, etc. muestran, por lo general, niveles muy similares de bienestar subjetivo. Este fenómeno ha sido denominado por algunos como la paradoja del bienestar. Por ejemplo, Mroczek y Kolarz (1998; p. 1333) lo definen como *'la presencia de niveles elevados de bienestar ante dificultades objetivas o factores de riesgo contextual o sociodemográfico que intuitivamente deberían predecir infelicidad'*. De esta manera, incorporar criterios objetivos evita el sesgo que se produce cuando las personas, aun estando en situaciones objetivamente desfavorables, contemplan su situación de forma relativamente optimista.

Sin embargo, el uso de criterios subjetivos también tiene sus propias fortalezas. En concreto, los criterios subjetivos permiten incorporar la visión y sistema de valores de las propias personas mayores, impidiendo que la visión de expertos externos imponga una concepción estandarizada del envejecimiento con éxito, basada en contenidos y metas que generalmente son sólo de una minoría, aquellos que ocupan clases más favorecidas.

2.1.1. Criterios objetivos para envejecer con éxito: el modelo de Rowe y Kahn

El modelo de Rowe y Kahn es quizá el que más ha contribuido a popularizar la expresión 'envejecimiento con éxito' (o 'envejecimiento satisfactorio') tanto en ámbitos académicos como en la divulgación científica (ver, por ejemplo, Rowe y Kahn 1998).

La propuesta de Rowe y Kahn se fundamenta en la diferenciación entre distintos modos de envejecer. En este sentido, el origen de estas diferencias se encuentra en la distinción, conceptual y empírica, entre envejecimiento y enfermedad, que sin duda son conceptos relacionados, pero claramente no idénticos.

El envejecimiento es un proceso evolutivo gradual, universal e irreversible cuyo inicio se suele situar más allá de la adolescencia, cuando cesa el crecimiento físico (Kohn, 1985). La enfermedad, por el contrario, es un proceso que únicamente afecta a algunas personas, de formas variadas y que puede comenzar en cualquier punto del ciclo vital. La relación entre ambos conceptos estriba en que el envejecimiento implica un incremento de las probabilidades de que aparezcan ciertas enfermedades, es decir, un aumento de la vulnerabilidad a esas enfermedades.

Teniendo esto en cuenta, los cambios que definen el envejecimiento desde el punto de vista biológico pueden ser divididos en dos grandes grupos:

- Cambios que no producen un aumento de vulnerabilidad a la muerte ni a la enfermedad, como son por ejemplo los cambios en la apariencia física, la pérdida de flexibilidad de la piel o la pérdida de función del aparato reproductor.
- Cambios que sí aumentan la vulnerabilidad a procesos patológicos y, en último término, a la muerte. Un buen ejemplo de este tipo de cambios puede ser el declive en el funcionamiento del sistema inmunológico o el deterioro del sistema circulatorio.

Basándose en la diferencia entre envejecimiento (vulnerabilidad) y enfermedad (presencia de patología), Birren y Cunningham (1985) distinguen entre tres tipos de envejecimiento:

- Envejecimiento primario: envejecimiento caracterizado por una menor capacidad vital y de adaptación, pero libre de enfermedades.
- Envejecimiento secundario: envejecimiento en el que, junto a los cambios del anterior, están presentes también enfermedades (siendo algunas particularmente frecuentes y asociadas a la edad, como las enfermedades cardiovasculares o el cáncer).
- Envejecimiento terciario: envejecimiento que está asociado al deterioro biológico terminal que se presenta poco tiempo antes de la muerte, en el que el declive se acelera extraordinariamente y conduce irremediabilmente al cese de la actividad biológica del organismo.

Así, el envejecimiento 'normal', en sentido estricto, sería únicamente el envejecimiento primario. No obstante, no todos los autores son partidarios de una distinción tan radical y contemplan algún tipo de enfermedades como propias del proceso de envejecimiento normal. Por ejemplo, Kohn (1985) divide en tres categorías las enfermedades que pueden estar presentes en el envejecimiento:

- Enfermedades universales, progresivas e irreversibles asociadas a la edad, y que por ello únicamente aparecen (excepto casos muy raros) en personas mayores, como puede ser la arteriosclerosis.
- Enfermedades que se convierten en más comunes a medida que pasan los años, pero que no afectan a toda la población mayor. En este tipo, al que pertenece por ejemplo el cáncer o ciertas demencias, la edad es un factor de riesgo, pero no un determinante.
- Enfermedades cuya frecuencia no se relaciona necesariamente con la edad, pero cuyas consecuencias son más graves a medida que se envejece, debido a la mayor vulnerabilidad del sistema orgánico. Por ejemplo, las neumonías o las gripes.

Según Kohn (1985), los cambios del primer grupo, que cumplen los criterios de universalidad e irreversibilidad, sí que pueden considerarse como pertenecientes al envejecimiento 'normal'. Pese a ello, también hemos de tener en cuenta que no todos los cambios de carácter 'patológico' afectan de la misma manera al funcionamiento normal de la persona y por ello ser considerados como 'enfermedad'. Por ejemplo, según argumenta Finch (1988), es normal que con el envejecimiento se produzca una pérdida neuronal en el cerebro (en este sentido, sería un cambio universal, irreversible y progresivo), pero sólo lo consideramos 'enfermedad' cuando rebasa ciertos límites y afecta a la capacidad funcional de la persona, y esto sólo pasa en un número reducido de casos. Así, la manifestación práctica de un proceso universal e irreversible resulta ser una enfermedad más común con la edad, pero no universal.

El modelo de Rowe y Kahn (1987; 1997) recoge estas diferenciaciones, pero ofrece un carácter aún más optimista. Así, proponen que el envejecimiento no patológico aún puede dividirse en dos grandes grupos:

- El envejecimiento usual, en el que no hay enfermedad pero sí un mayor riesgo de padecerla
- El envejecimiento con éxito (*successful aging*), caracterizado por la poca probabilidad de padecer enfermedades, los altos niveles de funcionamiento físico y cognitivo y la implicación activa en la vida.

De cualquier manera, vemos como este tipo de discusiones nos llevan a contemplar el envejecimiento biológico como un proceso todavía sin duda de declive, pero quizá de forma algo menos negativa, al disociarlo del concepto de enfermedad y poder concebir formas de envejecer relativamente sanas, libres de patología. En esta misma línea, algunos autores (por ejemplo Fries, 1990) piensan que el reto de las ciencias médicas y biológicas no es tanto aumentar los años de vida, sino reducir y retrasar la probabilidad de que la enfermedad esté presente en el proceso de envejecimiento.

Una vez diferenciado el envejecimiento con éxito de otras formas de envejecer, Rowe y Kahn emprenden la tarea de definir qué criterios se han de tomar en cuenta para identificar ese tipo particularmente favorable de envejecimiento. De acuerdo Rowe y Kahn (1987, 1997), el envejecimiento con éxito implica tres elementos:

- Una baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades asociadas a la edad. En su operacionalización del concepto, Strawbridge, Wallhagen y Cohen (2002)

concretan esos tres aspectos de la siguiente manera: por ausencia de enfermedades, incluyen la no presencia de enfermedades coronarias, bronquitis, diabetes, cáncer, osteoporosis, enfisema o asma. La ausencia de discapacidad se concreta en aspectos como la realización autónoma de actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, utilizar el baño, desplazarse de la cama a una silla o caminar por una habitación. Finalmente, evalúan también la ausencia de factores de riesgo para la salud como el tabaco, la hipertensión o la obesidad.

- Una capacidad funcional alta, tanto desde un punto de vista físico como cognitivo. En su estudio, Strawbridge, Wallhagen y Cohen (2002) evalúan la capacidad funcional alta desde un punto de vista físico a partir de comportamientos como la capacidad de caminar un cuarto de milla, la capacidad de subir escaleras sin descansar o la capacidad de estar de pie sin marearse o sentirse cansado. Respecto al componente cognitivo, incluyen la capacidad de recordar cosas sin dificultad, de recordar donde hemos puesto algo o de encontrar las palabras adecuadas cuando se está hablando.
- Una implicación activa con la vida. Desde este punto de vista, envejecer con éxito no solamente es no presentar enfermedades, ni siquiera tampoco tener además un buen funcionamiento físico y mental, sino que estos dos ingredientes han de permitir que de manera efectiva la persona presente un patrón de actividades determinado. De acuerdo con Rowe y Kahn (1997), esta implicación activa con la vida presenta dos componentes principales:
 - Por una parte el mantenimiento de **relaciones sociales satisfactorias**, de una red social que pueda servir de apoyo en dos sentidos importantes para el mantenimiento de una vida autónoma y sana. Estos dos tipos de transacciones esenciales que la persona mantiene con su red social de apoyo son, por una parte, de tipo instrumental (dar y recibir asistencia y cuidado directo, resolución de algunos problemas cotidianos, provisión de transporte, intercambio de recursos económicos, etc.) y por otra de tipo socioemocional (expresión de afecto, respeto y comprensión). En este sentido, parece demostrado que el aislamiento es un factor de riesgo para la salud física y psicológica (p.e. Cornwell y Waite, 2009; Victor, Scambler, Bowl y Bowling, 2000) y que el intercambio no únicamente se proporciona de la red social a la persona mayor, sino también al contrario: la propia persona mayor es a su vez parte de las redes sociales de otras personas.

- Un segundo componente de la implicación activa con la vida es, según Rowe y Kahn (1997), el mantenimiento de **actividades productivas**. La actividad productiva no es únicamente aquella que tiene una retribución económica, sino aquella que es capaz de contribuir, de una u otra manera, al mantenimiento de la sociedad (Fernández-Ballesteros, *at al*, 2011). Actividades como la participación en tareas de voluntariado, el cuidado de nietos o de familiares dependientes, o la continuación en el mercado laboral serían, entre otras, actividades de tipo productivo. En este sentido, más que un patrón de desimplicación a medida que pasan los años, el envejecimiento con éxito se caracterizaría por un interés en mantener ciertas actividades que contribuyen al desarrollo y sostenimiento de la familia o de la comunidad, lo que nos aleja de la visión de las personas mayores como una carga pasiva para el resto de la sociedad.

Es importante destacar que estos criterios mantienen entre sí una relación jerárquica. De esta manera, no padecer enfermedades ni discapacidades es un prerrequisito para mantener una capacidad funcional alta, y a su vez esta capacidad funcional alta es necesaria para poder seguir implicado con la vida. Sólo el logro de los tres criterios simultáneamente definiría a aquellos que envejecen con éxito, que son en cualquier caso una minoría que ha alcanzado un estándar ideal de buen envejecer.

Las consecuencias positivas de este modelo de Rowe y Kahn son indudables. A parte de popularizar el término, hoy un referente en el discurso gerontológico, su modelo ha contribuido decisivamente a dejar de contemplar los decrementos asociados a la edad como pérdidas inevitables contra las que poco o nada se puede hacer. Desde este punto de vista, se ha potenciado la investigación de cuáles son los factores, biológicos, comportamentales o sociales que determinan el logro de los criterios del envejecimiento con éxito, cambiando el acento de la investigación de aquellos que envejecen sufriendo enfermedad y discapacidad a aquellos que lo hacen experimentando estados positivos (Strawbridge, Wallhagen & Cohen, 2002).

Sin embargo, el envejecimiento con éxito, definido como el logro de ciertos criterios deseables, es también un concepto problemático (ver, por ejemplo, Villar, en prensa). Por ejemplo, algunos autores destacan que establecer criterios supuestamente universales dota al envejecimiento con éxito de un carácter segregador, ya que sólo pueden aspirar a él ciertas minorías privilegiadas, quedando fuera personas que, por unas razones u otras (presencia de discapacidades, exclusión social, vejez muy avanzada, etc.) no cumplen unos

criterios que son muy estrictos (Angus y Reeve, 2006, Becker, 1994, Holstein y Minkler, 2003, Scheidt, Humpherys y Yorgason, 1999). Así, no sólo el envejecimiento patológico queda excluido del modelo ideal, sino que tampoco el envejecimiento habitual entra dentro de los cánones del 'éxito'. De este modo, quizá se negativiza el modo más frecuente de envejecer, precisamente lo que se pretendía evitar al proponer un estándar de envejecimiento positivo (Dillaway y Byrnes, 2009).

Un modelo como el de Rowe y Kahn también es insatisfactorio desde el punto de vista de la Psicología por varios motivos. En primer lugar, el envejecimiento con éxito aparece fundamentalmente como el logro de criterios clínicos de inspiración médica, ocupando los aspectos comportamentales y sociales (la implicación con la vida, en el modelo de Rowe y Kahn) el último término dentro de la jerarquía, irrelevantes si antes la persona no dispone de un alto grado de salud y autonomía. El modelo también pasa por alto la influencia de los entornos sociales y culturales que contextualizan el envejecimiento individual (p.e. Torres, 1999), unos entornos muy variables en cuanto a las demandas que exigen y a los recursos que ofrecen, y que en todo caso contribuyen a que tanto el modo como la vivencia del envejecimiento sea de una u otra manera. En este sentido, al tratar de elaborar unos requisitos objetivos, definidos externamente, olvida factores importantes que afectan al envejecimiento. Así, los criterios subjetivos no se contemplan en el modelo, que ignora cómo la propia persona que envejece valora su estado y su trayectoria evolutiva.

Precisamente otras formas alternativas de entender el envejecimiento con éxito son aquellas que lo anclan al concepto de bienestar, otorgando un lugar central a criterios de tipo subjetivo.

2.1.2. Criterios subjetivos como indicadores de éxito: los modelos de bienestar

Además de los aspectos objetivos (salud, autonomía, participación social), la mayoría de concepciones del envejecimiento con éxito como resultado tienen en cuenta ciertos elementos subjetivos. La inclusión de criterios de tipo subjetivo en la definición de envejecimiento con éxito nos hace ver que el cumplimiento o no de ciertos parámetros objetivos, aún siendo importante, no agota el concepto. Por ejemplo, Strawbridge, Wallhagen y Cohen (2002) encontraron que mientras sólo un 18% de su muestra de más de 800 personas mayores podía considerarse que envejecía con éxito según los parámetros establecidos por Rowe y Kahn, este porcentaje se elevaba al 50% cuando eran ellos mismos

quienes tenían que estimar si envejecían con éxito o no. Entre ellos, se encontraban incluso personas que sufrían de diversas enfermedades crónicas.

Entre los criterios subjetivos que se han considerado como claves en la definición del envejecimiento con éxito destacan la felicidad o el bienestar. De hecho, los estudios que se han realizado para explorar las concepciones legas sobre lo que implica 'envejecer bien', incluyen esta dimensión. Por ejemplo, Tate, Lah y Cuddy (2003) instaron a su muestra de más de 3000 personas mayores a definir con sus propias palabras qué implica envejecer bien. En el 28% de las definiciones apareció el tema de estar satisfecho y feliz, tema que fue el segundo más frecuente tras la salud (que aparecía en el 30% de las definiciones espontáneas). Esta definición del envejecimiento con éxito parecía ser altamente consistente en el tiempo, incluso después de varios años (Tate, Lowewen, Bayomi y Payne, 2009). De manera similar, Fernández-Ballesteros, *et al* (2010) encontraron que, con independencia del contexto cultural (Europa vs América Latina), sentirse bien con uno mismo y sentirse satisfecho con la vida eran ítems que recibían una alta puntuación cuando se consideraban los ingredientes del 'buen envejecer', tanto en el caso de personas mayores como en el de personas más jóvenes.

A pesar de que su estudio científico es relativamente reciente, la reflexión filosófica sobre las emociones positivas se remonta, al menos, hasta los grandes filósofos griegos. Ya en ellos (especialmente en Aristóteles) arranca una doble visión de lo que podemos entender como bienestar, dualidad que se mantiene en la actual investigación científica en este ámbito (ver, por ejemplo, Ryan y Deci, 2001). En concreto, los dos puntos de vista desde los que el bienestar personal puede ser contemplado son los siguientes:

- Una visión habitualmente calificada como 'hedonista' que asocia el bienestar a la obtención de sentimientos de placer, satisfacción y felicidad.
- Una visión que ha sido denominada 'eudaimonista' que asocia el bienestar a la consecución de nuestros potenciales, a la realización de aquello que podemos ser.

Como veremos, esta dualidad no únicamente implica diferentes tradiciones dentro del estudio del bienestar personal, sino que también puede tener unas implicaciones muy relevantes para la prescripción de unas supuestas metas o estados deseables en la persona, dado que este bienestar es una de las aspiraciones que todo individuo pretende conseguir y un estado que debería ser promovido desde instancias sociales.

En el contexto del presente trabajo, ambos tipos de bienestar podrían ser candidatos a convertirse en criterios de un envejecimiento con éxito, y por ello conviene profundizar en

qué medida siguen trayectorias evolutivas diferentes y se ven afectados de manera diferencial por el proceso de envejecimiento.

Concepción hedonista del bienestar

La visión que tiene más tradición dentro del estudio científico del bienestar es la perspectiva que hemos denominado hedonista. Como ya hemos comentado, desde este punto de vista se asocia bienestar a las experiencias subjetivas de felicidad que surgen como resultado de un balance global entre las situaciones de placer y de displacer, entre los buenos y los malos elementos de nuestra vida.

A lo largo de los años esta visión hedonista del bienestar ha sido estudiada a partir de conceptos como felicidad, moral o satisfacción vital. Stock, Okun y Benin (1986) señalan que estos conceptos pueden englobar indicadores ligeramente diferentes unos de otros. Por ejemplo, definen como felicidad como el resultado de comparar los estados afectivos positivos y negativos en un momento determinado. En contraste, moral se referiría al grado de optimismo (o de pesimismo) que una persona mantiene respecto a su futuro, mientras que satisfacción vital se referiría a la manera en la que la persona valora su trayectoria vital hasta el momento presente. Actualmente, todos estos conceptos se suelen englobar en otro más amplio que los abarca: el concepto de bienestar subjetivo, un concepto que incluiría fenómenos como las respuestas emocionales de las personas en determinado momento vital, satisfacciones respecto a cada dominio de la vida o una valoración global respecto a la propia vida.

Los primeros estudios sobre bienestar subjetivo, más que tomarlo como un objeto prioritario de investigación en sí mismo, lo recogían como un indicador incluido en investigaciones que tenían otros propósitos. En concreto, y como señala Ryff (1989), el bienestar subjetivo comenzó a usarse en investigaciones aplicadas aparecidas en los años 50 y 60 como un indicador del efecto de ciertos cambios sociales o de la efectividad de programas de diversa naturaleza aplicados en ciertas comunidades. Así, se ha utilizado en investigaciones que intentan determinar, entre otras cosas:

- El grado en el que ciertas desventajas socioeconómicas (pobreza, desigualdades políticas, falta de recursos educativos, etc.) pueden afectar a la calidad de vida de la persona.

- Si ciertas pérdidas ocurridas en la vida de las personas (muerte de la pareja, jubilación, divorcio, accidentes, etc.) afectan y en qué medida a su bienestar subjetivo.
- Si algunos programas destinados a paliar situaciones desventajosas tienen efecto positivo en el bienestar subjetivo de la persona.

En este último caso, y en relación con las personas mayores, por ejemplo Okun, Holding y Cohn (1990) recogen los efectos sobre el bienestar subjetivo de intervenciones de diverso tipo realizadas sobre personas mayores en también diversos contextos, ya sea en instituciones o en la comunidad. En general, la importancia del bienestar subjetivo en estos estudios radica en que, con independencia de los ambientes y las condiciones objetivas, las personas responden ante la percepción de esas condiciones, siendo el bienestar subjetivo uno de sus componentes principales. Por otra parte, el bienestar subjetivo pronto se incorporó como un factor de gran importancia dentro del concepto más inclusivo de calidad de vida.

Precisamente quizá por este nacimiento del concepto ligado a su uso en estudios de corte aplicado, generalmente medido a partir de indicadores no demasiado elaborados (en muchas ocasiones uno o unos pocos ítems simples), el concepto de bienestar subjetivo ha sido acusado de ser poco elaborado teóricamente. Pese a ello, Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) apuntan a las denominadas 'teorías de la discrepancia' como el fundamento teórico que subyace a la determinación del bienestar subjetivo. Desde este punto de vista, los juicios de bienestar serían el resultado de comparar la situación actual en la que está la persona con ciertos estándares, entre los que se encuentran incluidos la condición percibida en la que están otras personas que nos sirven de referencia, nuestros propios estados en el pasado y nuestros ideales, necesidades o aspiraciones de satisfacción. Cuando nuestro estado presente no llega al nivel de estos estándares, nuestro bienestar tendería a ser bajo, mientras que cuando sobrepasa los estándares, tendería a ser alto. De esta manera, las aspiraciones y metas personales adquieren una gran importancia como término de comparación que influye en el bienestar (Rapkin y Fischer, 1992a). Como veremos en próximos apartados, en este tipo de comparaciones la dinámica de las metas a medida que la persona envejece como medio para mantener el bienestar podría tener un papel clave. Con respecto al efecto de la edad y a la trayectoria que puede seguir este tipo de bienestar en la segunda mitad de la vida, ya desde los primeros estudios se ha comprobado que, en general, el bienestar subjetivo como medida global parece no experimentar cambios significativos asociados a la edad, ni en estudios de tipo transversal ni en estudios

longitudinales (ver, por ejemplo, Okun y Stock 1987; Morganti, Nehrke, Hulicka y Cataldo, 1988).

Por otra parte, generalmente se diferencian dos grandes componentes dentro del bienestar subjetivo:

- Un componente emocional o afectivo, relacionado con los sentimientos de placer y displacer que experimenta la persona. Este sería un componente sujeto a cambios a corto y medio plazo (semanas, incluso días) si las circunstancias de la persona también cambian. Este componente se dividiría a su vez en dos, el afecto positivo y el afecto negativo.
- Un componente de carácter más cognitivo referido al juicio que merece a la persona su trayectoria evolutiva, es decir, lo que tradicionalmente se ha denominado satisfacción vital. En contraste con el anterior, este componente sería mucho más estable y poco sujeto a cambiar en cortos o medios periodos de tiempo.

Diversos estudios han comprobado que estas dos dimensiones aparecen separadas en el análisis factorial de cuestionarios de bienestar subjetivo (por ejemplo, Andrews y Withey, 1976). A diferencia de los estudios que utilizan medidas unifactoriales, aquellos que permiten diferenciar distintos componentes sí han logrado encontrar algunos cambios asociados a la edad, si bien estos cambios son relativamente poco importantes y en ocasiones incluso contradictorios de estudio a estudio.

En concreto, la dimensión de satisfacción con la vida es la más estable. Respecto a las otras dos, los estudios que encuentran cambios en el afecto negativo generalmente suelen indicar que las personas mayores experimentan menos estados emocionales negativos que las de mediana edad y que los jóvenes (Mroczek y Kolarz, 1998). Otros estudios longitudinales, como el de Charles, Reynolds y Gatz (2001), quienes estudiaron a cuatro generaciones durante un periodo de 21 años, revelan también esta ligera tendencia a la disminución del afecto negativo con la edad, aunque la tasa de decremento era especialmente pequeña en el caso de las personas más mayores de la muestra (los más mayores entre los mayores).

En relación con el afecto positivo, los resultados parecen ser más contradictorios. Por ejemplo, en el mismo estudio de Mroczek y Kolarz (1998) el afecto positivo parecía crecer algo con la edad. Sin embargo, quizá son más frecuentes los estudios que muestran más bien lo contrario. En este sentido, Diener y Lucas (2000) obtienen también cambios diferenciales en función de la dimensión, encontrando que el afecto o las emociones positivas tienden a declinar ligeramente con la edad, mientras que el afecto o las emociones

negativas por una parte, y la satisfacción con la vida por otra tienden a permanecer estables a lo largo del ciclo vital. Estos mismos autores atribuyen los ligeros declives en los estados afectivos positivos a la presencia en su medida de indicadores sobre estados de gran activación y excitación, aspectos estos que podrían ser algo menos frecuentes o, sobre todo, menos intensos a medida que pasan los años. Esta disminución ligera de afecto positivo también es reportada por Charles, Reynolds y Gatz (2001) en un estudio longitudinal.

Concepción eudaimonista del bienestar y del envejecimiento

Frente a esta concepción del bienestar como bienestar subjetivo asociado a la felicidad y la satisfacción vital, en las últimas décadas se ha planteado una perspectiva alternativa del bienestar, fundamentada en el concepto de eudaimonía.

Esta perspectiva recupera las ideas de Aristóteles, para quién la felicidad consistía en la realización del *daimon* o verdadera naturaleza de cada uno. De acuerdo con ello, no todos los deseos y los resultados que una persona puede valorar conducen al bienestar una vez conseguidos, incluso aunque puedan aportar placer subjetivo. El bienestar estaría pues ligado al proceso y logro de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas, y no tanto en las actividades que nos dan placer o nos alejan del dolor.

Waterman (1993) fue uno de los primeros autores en caracterizar este tipo de bienestar eudaimónico y diferenciarlo del bienestar (hedónico) subjetivo tradicional. Este autor vincula la concepción eudaimónica del bienestar a lo que él denomina sentimientos de 'expresividad personal'. Este tipo de estados los vincula a experiencias de gran implicación con las actividades que la persona realiza, de sentirse vivo y realizado, de ver la actividad que se realiza como algo que nos llena, de una impresión de que lo que hacemos tiene sentido. Desde una perspectiva quizá más amplia, Ryff (1995) comenta que 'una caracterización más ajustada del más alto de los bienes humanos es definirlo como el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio potencial'. Así, la concepción eudaimónica del bienestar tendría que ver con tener un propósito en la vida, con que la vida adquiera significado para uno mismo, con los desafíos y con un cierto esfuerzo con superarlos y conseguir metas valiosas, mientras que el bienestar subjetivo tendría que ver más con sentimientos de relajación, de ausencia de problemas y de presencia de sensaciones positivas. Por poner un ejemplo extremo, una persona que esté

experimentando sufrimiento y dolor (es decir, un bajo bienestar subjetivo) podría al mismo tiempo experimentar un gran bienestar eudaimónico si contempla ese sufrimiento como algo con significado desde su perspectiva que le hace convertirse en mejor persona. En resumen, y como comenta George (2000; p. 6), *'[la perspectiva de la eudaimonía] enfatiza el funcionamiento positivo más que los sentimientos positivos'*.

Una propuesta que trata de aunar ambos puntos de vista (hedónico y eudaimónico) en una versión integrada del bienestar es la que proporciona Carol Ryff. Su importancia consiste en tener en cuenta los aspectos eudaimónicos del bienestar, tradicionalmente menos tenidos en cuenta.

Para establecer los criterios de bienestar psicológico, Ryff (1989a) se fundamenta en tres tipos de precedentes dentro de la Psicología:

- Algunas corrientes dentro médicas y psicológicas que abogan por la definición positiva de la salud más allá de la ausencia de enfermedad. Por ejemplo, Jahoda (1958) formuló seis criterios para poder hablar de salud mental, criterios que incluían ciertas actitudes hacia uno mismo, el desarrollo y la autoactualización, la integración, la autonomía, la percepción ajustada de la realidad y el sentido de competencia ambiental.
- Ciertos enfoques en psicología clínica que enfatizan no tanto la patología sino más bien la posibilidad de alcanzar un funcionamiento psicológico pleno. Dentro de ellos, destacan autores como Maslow o Rogers. Es bien conocido, por ejemplo, como Maslow (1970) propuso una jerarquía de necesidades humanas en la que las necesidades de afiliación, autovaloración y autorrealización ocupan los lugares superiores.
- Concepciones evolutivas que enfatizan el cambio y progreso de la persona a lo largo de la adultez. En esta línea, destaca por ejemplo el trabajo de Erikson, quién dividía el ciclo vital en etapas de carácter psicosocial que implicaban la adquisición de ciertos valores. Los valores vinculados al desarrollo adulto eran para Erikson la intimidad, la generatividad y la integridad (se tratará más en profundidad la perspectiva de Erikson en el siguiente capítulo).

A partir de estos antecedentes, Ryff se propone definir las dimensiones de las que constaría el bienestar y construir un instrumento para poder medirlas. Las dimensiones que Ryff identifica a partir de las fuentes antes mencionadas son seis:

- Autoaceptación, definida como el mantenimiento de una actitud positiva hacia sí mismo. La persona reconoce y acepta la multiplicidad de aspectos que lo componen, incluyendo componentes positivos y no tan positivos.
- Relaciones positivas con otros, definida como la capacidad de mantener unas relaciones estrechas con otras personas, basadas en la confianza mutua y empatía y en las que se es capaz de preocuparse genuinamente por el bienestar del otro.
- Autonomía, que se relaciona con las cualidades de autodeterminación e independencia de criterios ajenos, con la capacidad para resistir la presión social y evaluarse a sí mismo y las situaciones en las que se está en función de criterios personales.
- Competencia ambiental, o la existencia de un sentido de dominio y control en el manejo de los entornos en los que se está implicado. Incluye también la capacidad para aprovechar las oportunidades que ofrece el ambiente y poder cambiar o elegir aquellos contextos de acuerdo con los propios valores y necesidades.
- Propósito en la vida, definido como el sentido de que la vida tiene significado, y que este significado es capaz de integrar las experiencias pasadas con el presente y lo que traerá el futuro. Incluye la presencia de objetivos vitales definidos.
- Crecimiento personal, que haría referencia a la sensación de estar creciendo y desarrollándose continuamente, a la visión de uno mismo como abierto a nuevas experiencias que nos enriquezcan y permitan realizar todo nuestro potencial.

A partir de esta definición de lo que implica el bienestar, la propia Ryff elaborará un cuestionario multidimensional que sea capaz de reflejar el concepto. De las investigaciones llevadas a cabo con este instrumento, nos interesan especialmente dos aspectos: la relación que puede tener esta definición de bienestar con las versiones hedónica y eudaimónica de este concepto y, obviamente, la trayectoria evolutiva del bienestar, especialmente por lo que respecta a las últimas décadas de la vida.

Respecto a la primera de las cuestiones, aunque conceptualmente la diferencia entre una vida feliz y una vida significativa pueda estar más o menos clara, su diferencia empírica, utilizando los instrumentos de los que disponemos para medir ambos constructos, es algo a demostrar. Los datos de los que disponemos hasta el momento parecen indicar que el bienestar tal y como es medido por Ryff es un concepto relacionado, aunque distinto, del bienestar subjetivo tal y como lo hemos caracterizado en el apartado anterior.

Por ejemplo, en un estudio cualitativo con personas mayores y de mediana edad, Ryff (1989b) comprobó como muchos de los participantes mencionaban la importancia tanto de la felicidad o el goce como de los desafíos en su definición ingenua de lo que es el bienestar. Desde un enfoque cuantitativo, Ryff and Keyes (1995) o Keyes, Shmotkin y Ryff (2002) indican que algunas de las seis dimensiones del bienestar que tienen en cuenta (en concreto, la autoaceptación y la competencia ambiental) parecen estar relacionadas con medidas de felicidad y satisfacción con la vida (es decir, con medidas de bienestar subjetivo, o hedónico), mientras que el resto de dimensiones no mostraba (o lo hacía muy débilmente) una relación con el bienestar subjetivo. Entre las dimensiones que no mostraban relación se encontraban aquellas que quizá representan de manera más genuina la versión eudaimónica del bienestar: el propósito en la vida y el crecimiento personal.

Respecto a la trayectoria evolutiva de las dimensiones de bienestar identificadas por Ryff, el panorama parece bastante diferente del que presenta el bienestar subjetivo. Mientras que este, en general y como hemos ya comentado en el apartado anterior, permanece relativamente estable con el paso de los años, las medidas de Ryff presentan mayores diferencias, con algunas dimensiones mostrando claros efectos de la edad.

En concreto, y dentro de las dimensiones que permanecen relativamente estables con la edad de acuerdo con la investigación de Ryff (1989a), encontramos la 'autoaceptación', precisamente una de las dimensiones más relacionadas con el bienestar subjetivo (o hedónico). Junto con ella, en la dimensión 'relaciones positivas con los otros' tampoco se aprecian diferencias entre grupos de edades diferentes. Por lo que respecta a la dimensión 'competencia ambiental' (la otra que parece estar más relacionada con el bienestar subjetivo), tiende a ser mayor en las personas mayores y de mediana edad que en los jóvenes, pero permanece estable de la mediana edad a la vejez. Un patrón similar sigue la dimensión 'autonomía', aunque en este caso el crecimiento de la juventud a la mediana edad es menos acusado. Por último, las restantes dos dimensiones ('propósito en la vida' y 'crecimiento personal') muestran un decremento a lo largo de los diferentes momentos vitales estudiados, siendo este decremento especialmente acusado al comparar personas de mediana edad y personas mayores.

Este último hallazgo es especialmente relevante si tenemos en cuenta que son precisamente estas dos dimensiones ('propósito en la vida' y 'crecimiento personal') las quizá más características de la versión eudaimónica del bienestar y las que más se apartan de las tradicionales medidas de bienestar subjetivo.

Aunque por el momento todavía no disponemos de investigaciones longitudinales que puedan arrojar más luz sobre las razones que pudieran explicar estas diferencias, en principio son posibles dos hipótesis (Ryff, 1995):

- Estos descensos podrían reflejar un contexto que en el caso de las personas mayores limita sus oportunidades para seguir experimentando un crecimiento personal continuo y que limita la posibilidad de que las personas mayores dispongan de experiencias significativas. Una explicación como esta apoyaría argumentos que sostienen que, mientras estamos consiguiendo que cada vez más personas vivamos más años, el cambio en las estructuras sociales para dar sentido a estos años de más va muy por detrás.
- Los descensos en crecimiento personal y propósito en la vida podrían ser debidos a que estos aspectos adquieren un significado diferente a medida que nos hacemos mayores, en especial en comparación con el significado que adquieren en la juventud. De esta manera, a medida que envejecemos, estos aspectos adquirirían un menor énfasis y centralidad en nuestra experiencia personal.

Esta última hipótesis, en nuestra opinión, podría estar mostrando la dinámica adaptativa en la que nos implicamos a medida que envejecemos y, en concreto, el cambio en las metas y prioridades vitales a medida que se envejece. Es decir, la bajada en esas dimensiones sería, más que ser un reflejo de teorías de declive, una expresión psicológica de una cierta desimplicación de la persona mayor de objetivos vitales (basados en el crecimiento) que tienen menos sentido en la vejez que en otras etapas de la vida. Podrían, de esta manera, estar indicando un movimiento adaptativo y positivo por el que la persona se ajusta a unas condiciones cambiantes.

Así pues, y paradójicamente, el descenso evolutivo en los deseos de crecer y en tener un propósito vital, componentes del bienestar psicológico, estarían expresando en realidad un funcionamiento óptimo de la persona. Profundizaremos en estas ideas tanto en el siguiente apartado como en el capítulo siguiente.

2.2. Envejecimiento con éxito como adaptación

En el apartado anterior hemos repasado diferentes modelos que coinciden en concebir el envejecimiento con éxito como una lista más o menos acotada de criterios de tipo objetivo que las personas han de cumplir para considerar que están envejeciendo bien.

Este punto de vista, sin embargo, además de las fortalezas y carencias que ya hemos señalado, es limitado desde el punto de vista del desarrollo. A pesar de la imagen positiva del envejecimiento que promueve, el núcleo de la propuesta de Rowe y Kahn está más en la ausencia atributos negativos (enfermedad, discapacidad, dependencia) que en la consecución de nuevos hitos a medida que la persona se hace mayor. Es, en este sentido, un modelo que enfatiza el mantenimiento de estados saludables que se tenían en momentos anteriores de la vida, pero dentro del que es difícil concebir la ganancia como elemento que también puede formar parte del envejecimiento. Es un modelo que nos habla más de prevención de riesgos o de recuperación de pérdidas, pero nos dice poco de la persona como agente, capaz de extraer lecciones y crecer a partir de la experiencia y de establecer metas de desarrollo y comprometerse en cursos de acción destinados a alcanzarlas.

El devenir evolutivo de criterios alternativos, como el cambio en parámetros subjetivos que se ha comentado en el apartado anterior, también apunta a un agente que se esfuerza por ajustarse a condiciones cambiantes, en general más desfavorables, que generalmente caracterizan las últimas décadas de la vida.

Desde esta perspectiva, se concibe a las personas que envejecen con éxito como aquellas que son capaces de adaptarse a esas nuevas condiciones para extraer de ellas el máximo de ganancias y el mínimo de pérdidas. Envejecer con éxito no es, pues, alcanzar ciertos resultados, sino precisamente la aplicación de los procesos que permiten lograr esos resultados. Estos modelos de la adaptación conciben al ser humano como capaz de autorregularse para perseguir metas y administrar unos recursos limitados por definición, y que corren el riesgo de serlo aún más en los últimos años de la vida. Se enfatiza en ellos la búsqueda del equilibrio o el reequilibrio ante circunstancias amenazantes como un motivador importante para poner en marcha los mecanismos adaptativos. En todos los modelos, como veremos, encontramos una clasificación similar (mecanismos orientados al cambio de la situación frente a otros orientados al cambio intrapsíquico).

Analizaremos los tres modelos de autorregulación evolutiva más influyentes y que han generado más líneas de investigación (ver, por ejemplo, Boerner y Joop, 2007): el modelo SOC de Baltes, la teoría de la acción de Brandtstädter y la teoría del control de Heckhausen. Sin embargo, antes de entrar en cada uno de ellos repasaremos brevemente su antecedente más claro, la teoría del estrés, que fue la que enfatizó los procesos adaptativos como elemento clave para comprender la dinámica humana ante los cambios.

2.2.1. La adaptación como respuesta al estrés

El estrés se convierte en la clave de la adaptación, al entenderse ésta como una respuesta ante una situación estresante. El estrés, desde este punto de vista, no es una respuesta automática ante ciertos acontecimientos, ni una propiedad de ciertas situaciones, sino más bien el resultado de una transacción entre el individuo y su medio, que depende del significado que la persona otorga a ciertos sucesos y que aparece cuando el individuo percibe que las exigencias del entorno desbordan los recursos a su disposición. Esta transacción sujeto-medio origina estrés a través de dos procesos de evaluación:

- La evaluación primaria, referida a la percepción de las demandas del ambiente. El estrés es susceptible de aparecer cuando el sujeto juzga las demandas ambientales bien como un daño a su bienestar, como una amenaza potencial a ese bienestar o bien como un desafío u oportunidad para el crecimiento o la ganancia personal. En estos casos se pone en marcha el siguiente tipo de evaluación.
- La evaluación secundaria, referida a la percepción de los recursos para contrarrestar tales demandas. El estrés se produce cuando el sujeto juzga que los recursos que tiene a su alcance (físicos, psicológicos, sociales o materiales) no son suficientes para hacer frente a la situación.

En este punto, se introduce el concepto de afrontamiento (coping), definido como las estrategias que la persona pone en marcha para manejar, reducir o tolerar las demandas que crea una determinada transacción estresante (Folkman, 1984). Estas estrategias son el instrumento de la adaptación, en tanto nos permiten abordar las situaciones que percibimos como estresantes, tratando de intacto nuestro bienestar. Tal asociación entre afrontamiento y bienestar psicológico parece además tener apoyo empírico (por ejemplo, Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986).

El concepto de estrategia de afrontamiento tiene su precedente más inmediato en la noción psicodinámica de 'mecanismo de defensa', referido a aquellas estrategias (p.e. la represión, la negación, la sublimación, etc.) que ayudan al yo a vencer o canalizar las exigencias y tensiones que provienen del ello y/o del superyo (Freud, 1973). Sin embargo, las diferencias entre el afrontamiento de Lazarus y Folkman y los mecanismos de defensa psicodinámicos son muchas y profundas. Por ejemplo, McCrae (1984) remarca algunas de ellas:

- La mayoría de esfuerzos de afrontamiento se ponen en marcha ante situaciones externas más que como respuesta a conflictos inconscientes intrapsíquicos, como es el caso de los mecanismos de defensa.
- Mientras los mecanismos de defensa son procesos inconscientes, las estrategias de afrontamiento son, en la mayoría de casos, conscientes.
- Los mecanismos de defensa se estudian e identifican a partir de metodologías de tipo clínico-interpretativo, mientras que el estudio de las estrategias de afrontamiento se realiza a partir de cuestionarios o entrevistas en los que se pregunta a la persona directamente sobre ellas.

En cuanto al número y naturaleza de las diferentes estrategias de afrontamiento a las que podemos recurrir ante situaciones que requieran adaptación, se han propuesto gran número de ellas (por ejemplo, Stone y Neale, 1984; Holahan y Moos, 1987), pero Lazarus y Folkman las clasifican en dos grandes grupos:

- Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema (*problem-focused coping*): son estrategias de carácter instrumental, que intentan cambiar la relación entre la persona y la situación que se percibe como amenazante por medio de la acción directa sobre esa situación.
- Estrategias de afrontamiento dirigidas a las emociones (*emotion-focused coping*): son estrategias centradas en reestructurar las propias cogniciones a fin de evitar estados emocionales displacenteros que pudiera causar la transacción estresante.

Estas estrategias centradas en el problema y en la emoción no se conciben como mutuamente excluyentes: la persona, ante un problema que requiere adaptación, puede poner en marcha varias estrategias de afrontamiento al mismo tiempo. Así, independientemente de que se impliquen en estrategias centradas en el problema, al mismo tiempo las personas acuden también a estrategias centradas en la emoción. Incluso Folkman y Lazarus (1980) afirman que algún tipo de afrontamiento centrado en la emoción siempre se pone en marcha, ya que es importante regular y tener controladas las propias emociones si se quiere que otros tipos de afrontamiento centrados en el problema sean efectivos.

Este modelo, sin embargo, parece limitado a la hora de abordar el proceso de adaptación a cambios vinculados al envejecimiento. Entre sus limitaciones encontramos las siguientes:

- El modelo de Lazarus concibe a las personas como seres meramente reactivos, que únicamente responden a desafíos y amenazas externas para lograr lo que han perdido o pueden perder. En este sentido, la adaptación como respuesta al estrés plantea una visión exclusivamente homeostática del individuo, en la que la meta fundamental es la conservación de un equilibrio presente, la estabilidad. Desde este modelo es difícil incorporar elementos de desarrollo como el crecimiento o la regulación de la pérdida, aspectos que pueden tener un papel también dentro del envejecimiento, como vimos en el capítulo 1 al hablar de la perspectiva del ciclo vital.
- Vincular los esfuerzos adaptativos a la evitación del estrés es quizá una visión demasiado limitada cuando se aplica al envejecimiento. Las situaciones susceptibles de provocar estrés (un síndrome caracterizado por indicadores físicos y fisiológicos claramente especificados) son, en su mayoría, inesperadas. Sin embargo, a lo largo de la vida los mecanismos adaptativos se ponen en funcionamiento ante situaciones que no tienen por qué ser una fuente de estrés ni provocar el síndrome típico de esta situación. En concreto, el envejecimiento es un proceso esperado, progresivo y familiar para las personas, que tienen una expectativa clara (con independencia de que sea acertada o no, ver Triadó y Villar, 1999) sobre los cambios que acompañan ese proceso. Esta naturaleza esperada hace que envejecer, en sentido estricto, sea una cadena de acontecimientos en principio poco estresantes (Pearlin y Skaff, 1996), pero ante los que sin duda hemos de aplicar esfuerzos adaptativos.

2.2.2. La adaptación como autorregulación evolutiva

La comprensión de la adaptación dentro de un modelo de desarrollo (más allá de la homeostasis del modelo de estrés) supone aceptar algunos supuestos fundamentales. Entre ellos, destacamos los siguientes:

- La persona no únicamente reacciona ante problemas, sino es capaz de establecer metas y esforzarse para conseguirlas. Así, además de plantearse la estabilidad como meta fundamental, respondiendo a acontecimientos susceptibles de crear tensión, también es capaz de plantearse propositivamente nuevas metas para dirigir de manera activa la propia vida y construir intencionalmente un desarrollo personal. El valor de las metas como elemento motivador del desarrollo y como elemento de comparación para poner en marcha procesos correctivos intencionales es fundamental en un modelo de

autorregulación evolutiva y está ausente en la teoría de Lazarus y Folkman. En resumen, desde la perspectiva de la autorregulación evolutiva se entiende que los procesos de adaptación pueden ser de dos tipos (Villar y Triadó, 2006):

- Reactivos, o aquellos que se inician cuando la persona experimenta una pérdida o trata de superar y salir adelante ante situaciones difíciles o desfavorables.
 - Proactivos, o aquellos que se ponen en marcha tratando de planificar y desplegar acciones intencionales para conseguir ciertas metas, de dirigir intencionalmente nuestro propio desarrollo.
- Las metas que perseguimos a lo largo de la vida se ven influidas (como veremos en el siguiente capítulo) por patrones evolutivos típicos que van más allá de la reacción ante eventos puntuales potencialmente estresantes. Estos patrones evolutivos están en buena medida determinados por factores socioculturales (por ejemplo, la adscripción a un determinado calendario cultural de hitos evolutivos) que están ausentes de las propuestas de Lazarus y Folkman. En este sentido, la propuesta de Lazarus y Folkman vincula la adaptación a procesos fisiológicos de respuesta ante situaciones de tensión, la perspectiva de la autorregulación evolutiva la vincula a elementos socioculturales que tienen que ver con significados compartidos.
 - Los recursos con los que cuenta el individuo, entendidos como instrumentos que permiten o dificultan la consecución de ciertas metas. Estos recursos son de muy diversa naturaleza (biológicos y relacionados con la salud, cognitivos, sociales, culturales, etc.) y, por definición, son limitados y susceptibles de cambio a lo largo del ciclo vital.

A partir de estas premisas se han elaborado diferentes modelos de autorregulación evolutiva que plantean formas en las que las personas coordinan recursos y metas para lograr un desarrollo (y un envejecimiento) con éxito. Envejecer con éxito desde este punto de vista significa poner en marcha procesos de carácter adaptativo para maximizar la probabilidad de lograr nuevas ganancias y minimizar al mismo tiempo la probabilidad experimentar pérdidas, sosteniendo aquellos estados que la persona considera satisfactorios y conteniendo el efecto dañino de la pérdida cuando esta es inevitable. Estos procesos implican la coordinación y gestión de recursos y metas, y es precisamente en la especificación de cuáles son esos procesos adaptativos y como se realiza esa gestión de recursos y metas donde encontramos diferencias entre las diversas teorías de autorregulación evolutiva.

Los tres modelos que se van a repasar brevemente son el modelo SOC, de Baltes (P. Baltes y M. Baltes, 1990, Freund, 2008, Freund y Baltes, 2007), la teoría de la acción de Brandtstädter (2006) y la teoría del control de Heckhausen (Heckhausen y Schulz, 1995, Heckhausen, 1999, Heckhausen, Worsch y Schulz, 2010). Una comparación más sistemática entre los tres modelos se puede encontrar en Böerner y Joop (2007).

El modelo SOC

Este modelo, denominado modelo de optimización selectiva con compensación (o SOC) está vinculado con el concepto de envejecimiento satisfactorio (*successful aging*). En concreto, es a partir de la consideración de qué es envejecer con éxito (ver Baltes y Baltes, 1990) cuando Baltes y sus colegas comienzan a hablar de la compensación, de la optimización y de la selección como procesos esenciales en el devenir del desarrollo humano y cuando hacen un intento por definir estos procesos e interrelacionarlos en un modelo de desarrollo aplicable a todos los momentos del ciclo vital, un modelo que recoge la idea básica del desarrollo como un proceso de adaptación selectiva.

El primero de los procesos adaptativos fundamentales es el de la **selección**, que se refiere a la elección, consciente o no consciente, de determinadas metas o dominios de comportamiento como espacio de desarrollo (ya sea este entendido como crecimiento, como mantenimiento o como regulación de pérdidas). Por medio de la selección, el individuo escoge determinadas metas de desarrollo y deja de lado otras alternativas. De acuerdo con Marsiske, Lamng, Baltes y Baltes. (1995) existirían diversos desencadenantes de los procesos de selección:

- Por una parte, existiría una cierta canalización biológica (o genética) de ciertas trayectorias evolutivas, que nos predispone a escogerlas, a la vez que restringe el rango de posibilidades entre las que podemos escoger.
- Por otra, tenemos las presiones sociales y culturales hacia una especialización de nuestra trayectoria vital. Llegados ciertos momentos, se nos ofrecen ciertas encrucijadas entre las que elegimos (y se nos induce a elegir) ciertos caminos y no otros. Estos factores socioculturales (vinculados a variables como la clase social, el sexo, los valores familiares, etc.) a veces incluso condicionan no sólo las alternativas posibles, sino las trayectorias escogidas.

Se ha de tener en cuenta que nos desarrollamos en un contexto individual y social en el que los recursos son limitados, por lo que no es posible conseguir todas las metas todo el tiempo. Por ello, seleccionar de entre las posibles trayectorias una o unas pocas como el foco de nuestro desarrollo resulta adaptativo.

Baltes, Lindenberger y Staudinger (1998) diferencian entre dos tipos de selección, la selección electiva, que resulta de nuestra elección entre diferentes alternativas, elección que se realiza con criterios estrictamente motivacionales (aquella que, por alguna razón, nos atrae o satisface más) y la selección basada en pérdidas, que resulta de no disponibilidad de ciertas metas o recursos para conseguir las previamente existentes y, en consecuencia, la necesidad de escoger otras alternativas.

En cualquier caso, este proceso de selección claramente está presente en todos los puntos de nuestro ciclo vital. En la vejez, cuando la capacidad plástica disminuye, existe también una necesidad de seleccionar dominios evolutivos ante un escenario de disponibilidad menguante de recursos.

En suma, la selección es el elemento del modelo más relacionado con la creación y la elección del rumbo que va a tener nuestro desarrollo, así como con la gestión de unos recursos (cognitivos, sociales, materiales, etc.) que son por naturaleza limitados. La selección centra el desarrollo en ciertas áreas y hace más manejable el número de desafíos, amenazas y demandas que un individuo ha de abordar a lo largo de la vida.

El segundo componente del modelo de Baltes es el de **optimización**, entendido como el proceso que impulsa a regular el desarrollo de manera que se puedan alcanzar los niveles más deseables de funcionamiento. Si la clave de la selección estaba en las metas, la clave de la optimización está en los medios y recursos para alcanzar esas metas de la manera lo más eficiente posible.

Una vez hemos escogido ciertas trayectorias/dominios evolutivos (mediante procesos de selección), hemos de explotar los recursos a nuestro alcance para maximizar, dentro de las restricciones en las que nos movemos, nuestro funcionamiento en esas trayectorias/dominios, poniendo en marcha las mejores estrategias y medios. Factores como la formación o la práctica son ejemplos de procesos que estarían vinculados claramente a este concepto de optimización.

Además de la optimización específica para cierto dominio o trayectoria, también podemos llevar a cabo procesos de optimización refinando o adquiriendo estrategias que puedan servirnos para mejorar nuestro funcionamiento en dominios diversos, a veces muy

diferentes entre sí. Por ejemplo, la adquisición de la lectura y escritura, además de ayudarnos a conseguir ciertas metas evolutivas, suponen también optimizar nuestro funcionamiento en numerosas áreas evolutivas, y disponer de recursos que podemos utilizar en la consecución de metas o trayectorias futuras.

La optimización (y en esto se diferencia de los otros dos componentes) tiene una dirección prefijada: hacia la obtención de un mejor ajuste, mejor en el sentido que nos permita alcanzar las metas propuestas. Esta direccionalidad no está prefijada ni en la selección ni, como veremos, en la compensación.

De esta manera, la optimización es el componente que más se parece al tradicional concepto de desarrollo como crecimiento hasta llegar a una meta final (Marsiske y cols. 1995). Sin embargo, para la psicología del lifespan, esta 'meta final' no está vinculada a ningún punto del ciclo vital en concreto y puede ser de muy diferente naturaleza (mejora, mantenimiento o regulación de la pérdida).

Al igual que pasaba con la selección, la configuración concreta de la optimización y sus esfuerzos dependerá tanto de los recursos biológicos de los que dispongamos como de factores contextuales y socioculturales, que ponen a nuestro alcance o dan prioridad a algunas posibilidades de optimización por encima de otras.

Por último, el tercer componente dentro del modelo SOC es el de **compensación**. Este proceso está relacionado con la respuesta a una ausencia o pérdida de un medio o recurso que es relevante para la consecución de nuestras metas evolutivas.

La compensación en general se origina a partir de dos tipos de situación:

- La limitación, insuficiencia y finitud de los recursos o medios que están a nuestra disposición para conseguir las metas deseadas. Esta limitación se refiere tanto a las restricciones biológicas, socioculturales y puramente temporales que hacen que no todos los dominios puedan desarrollarse en la misma medida, como, a veces, al hecho de establecer (por el motivo que sea) metas evolutivas muy ambiciosas, que requieren de un gran número de recursos, y que por ello agudizan su insuficiencia.
- La pérdida de un medio o recurso que antes estaba a nuestro alcance. Quizá en ese sentido, las pérdidas de algunos recursos asociadas a la edad sean un buen ejemplo. La compensación actúa en este caso como un elemento clave para mantener un funcionamiento adaptativo, buscando medios y recursos alternativos.

En cualquier caso, la compensación implica procesos y estrategias por la que o bien se adquieren nuevos medios (o se reconstruyen los antiguos) para sustituir a los que se han perdido o faltan con el fin de conseguir una meta evolutiva o bien, incluso, se cambian las propias metas del desarrollo como respuesta a esa carencia de medios para facilitar la consecución de las nuevas metas con los medios todavía disponibles.

Como en los dos anteriores componentes, esta meta puede estar definida en términos de crecimiento, de mantenimiento o de regulación de la pérdida. Como hemos comentado, es a partir de la integración de los tres mecanismos de su puesta en marcha dinámica como la persona puede conseguir las tres principales metas evolutivas que describimos en secciones anteriores: el crecimiento (o mejora en los niveles de funcionamiento), el mantenimiento del funcionamiento y la regulación de la pérdida. Es, en este sentido, en el que podemos hablar de 'desarrollo con éxito'.

La teoría de la acción

Para Brandtstädter la autorregulación evolutiva del desarrollo es el medio por el que las intenciones guían la construcción de nuestra vida. Esta autorregulación opera a partir de tres funciones (Brandtstädter, 1999a; Brandtstädter, 1998):

- La autoobservación, por la que atendemos a nuestro propio comportamiento y sus los resultados evolutivos de nuestras acciones, seleccionando aquellas implicaciones que son especialmente relevantes en relación con los objetivos a los que estaba destinada la acción.
- La autoevaluación, por la que valoramos esos resultados en función de ciertos parámetros (acercamiento a nuestras metas y proyectos personales, coherencia con normas culturales respecto al desarrollo en ese dominio, etc.) Estos parámetros o estándares de comparación pueden cambiar a lo largo del ciclo vital como reflejo del cambio en las expectativas para cada edad o como producto del éxito o fracaso reiterado de acciones intencionales que conduzca a un reajuste (al alza o a la baja) en nuestras metas y aspiraciones.
- La acción autocorrectiva, que, en caso de una autoevaluación que encuentre discrepancia entre las trayectorias evolutivas que seguimos y las deseadas, pone en marcha nuevas acciones intencionales para reducir esa brecha.

Este proceso de autorregulación tiene lugar en el contexto configurado por dos aspectos clave:

- El sentido de control, o la medida en la que se estima probable o no ciertas acciones o recursos conduzcan a los resultados deseados.
- Las metas personales, que sirven de estándar de comparación en la evaluación de los resultados conseguidos. Estos resultados evolutivos sólo serán evaluados positivamente si se acercan a las metas personales. En caso contrario, pondremos en marcha las acciones autocorrectoras a nuestro alcance. Estas metas personales, en numerosos casos, surgen de la interiorización (y transformación personal) de expectativas y creencias normativas sobre el desarrollo.

De esta manera, Brandtstädter concibe el desarrollo a lo largo de la vida como el resultado de un esfuerzo entre lo que queremos conseguir (nuestras metas), las posibilidades que nos ofrece el ambiente y nuestros propios recursos personales para poner en marcha acciones efectivas. Los tipos de cambios que estos factores experimentan a través del tiempo y como la persona ha de cambiar a su vez en respuesta a ellos son el núcleo de la propuesta de Brandtstädter. De acuerdo con este autor, la clave de la adaptación estriba en la reducción de discrepancias entre los estados presentes y las metas. Cuando esta discrepancia es excesiva, nuestra autoestima se resiente tendemos a intentar conseguir la reducción o anulación de tales discrepancias.

Para mitigar tales discrepancias se plantean dos tipos principales de mecanismos que podemos poner en funcionamiento: la asimilación y la acomodación (Brandtstädter y Renner, 1990; Brandtstädter, Wentura y Greve, 1993; Brandtstädter y Greve, 1994).

La **asimilación** sería el proceso por el que la persona, como agente propositivo, configura y modifica su entorno para que se ajuste a las metas y preferencias personales. Se trata de actuar intencionalmente sobre una situación insatisfactoria (es decir, que no se ajusta a lo que deseáramos) para que sea compatible o congruente con nuestras metas. En suma, se trata de aproximar la trayectoria evolutiva real a la trayectoria deseada.

Los mecanismos de asimilación (proceso también denominado por Brandtstädter 'persecución tenaz de objetivos') pueden ponerse en marcha bien cuando nos suceden ciertos acontecimientos o nos encontramos ante situaciones que nos alejan de los objetivos deseados o de estados valorados por nosotros (con lo que sería un proceso compensatorio para volver al estado anterior), bien a partir de movimientos autoiniciados, por los que

elevamos nuestro nivel de aspiración o nos autoestablecemos objetivos nuevos cuando algunos de ellos ya los hemos conseguido.

En contraste, el segundo de los procesos, la **acomodación** (también denominado 'ajuste flexible de metas') se pone en marcha cuando, frente a la discrepancia entre el nuestra situación actual y nuestras metas, modificamos las metas (bien reduciendo nuestro nivel de aspiración, bien desimplicándonos de ciertos objetivos para establecernos otros, bien estableciendo parámetros alternativos de comparación para evaluar nuestra situación actual) para disminuir esa diferencia. Se trata de modificar la trayectoria evolutiva deseada para que se ajuste a la trayectoria presente (Wrosch, Scheier, Carver y Schultz, 2003). En este sentido, lo que hace la acomodación es retirar valencias positivas de metas y/o considerar las dificultades o costes de la consecución de esas metas. El resultado es su modificación, su abandono (al menos en sus niveles actuales) y su sustitución por otras.

Así, mientras la asimilación mantiene las metas y compromisos incluso ante obstáculos situacionales, intentando poner en marcha acciones intencionales para conseguirlos, la acomodación implica el ajuste de preferencias y metas a partir de la percepción de una situación en la que ciertas metas ya no se pueden conseguir o de la percepción de unos recursos personales que son insuficientes para conseguir metas antes valoradas.

Diferentes factores predicen, según el modelo de Brandtstädter, la puesta en marcha de procesos bien asimiladores, bien acomodadores. Entre ellos destacan los siguientes (Brandtstädter, Rothermund y Schmitz, 1997):

- **Importancia de las metas:** si las metas son muy relevantes para la persona y/o difícilmente sustituibles por otras, la tendencia es a no abandonarlas, es decir, se escogen los procesos de asimilación. En caso contrario, si las metas son poco relevantes o periféricas, la acomodación es un proceso más fácil y probable.
- **Percepciones de control:** la percepción de control sobre la consecución de determinada meta evolutiva es un prerequisite para iniciar acciones intencionales destinadas a alcanzarla, es decir, para implicarnos en procesos de asimilación. Por el contrario, cuando este control se ha erosionado o no existe (por ejemplo, si hemos intentado alcanzar esa meta repetidamente y no lo hemos conseguido), la tendencia es a abandonar la meta (acomodación).
- **Significados paliativos:** En ciertas áreas es más fácil encontrar significados alternativos para justificar el abandono de ciertas metas. Estos significados de naturaleza cultural en

los que nos apoyamos a la hora de cambiar elementos de nuestro sistema de cogniciones autorreferenciales puede, si es suficientemente fuerte, facilitar la acomodación. Si no existe o la persona es incapaz de aceptar estos significados paliativos, es más probable que nos decantemos por la asimilación.

Por último, Brandtstädter habla de un tercer proceso adaptativo que, junto a los dos fundamentales ya revisados, contribuiría a mantener una visión de nosotros mismos en términos positivos: se trata de la inmunización.

Los procesos de **inmunización**, a diferencia de los de asimilación o acomodación, no implican una reducción de la discrepancia entre nuestro estado actual y nuestras metas, ni están originados por una percepción de discrepancias entre ambos. En este caso, se trata de interpretar la información sobre los estados actuales y los deseados de manera que esa brecha, sencillamente, no exista o se contemple dentro de unos parámetros admisibles. De alguna manera, consiste en proteger el núcleo de nuestro autoconcepto de información que pueda contradecirlo. En este sentido, Brandtstädter y Greve (1994) distinguen entre inmunización orientada a los datos e inmunización orientada a los conceptos.

- La inmunización orientada a los datos consistiría en no tener en cuenta o reinterpretar en términos positivos toda información que pudiera ser indicio de discrepancia entre nuestro estado actual y el estado al que pretendemos llegar, de manera que no afecte a nuestras autodefiniciones. Atribuir los fracasos a causas externas a nosotros mismos, por ejemplo, podría ser un sesgo de este tipo.
- La inmunización orientada a los conceptos consiste en reinterpretar aquellas cogniciones que forman parte de nuestra autodefinición. Por ejemplo, ante ciertos fracasos que podrían poner en duda una competencia que valoramos, podemos reinterpretar esa competencia para que dentro de sus criterios no entre el dominio en el que hemos fracasado.

En cualquier caso, estos procesos de inmunización contribuyen a la estabilidad del autoconcepto. Generalmente, las situaciones potencialmente amenazantes han de rebasar estos procesos de inmunización para que se pongan en marcha procesos correctivos de asimilación (intentado reducir la brecha acercando el estado actual al estado deseado) o acomodación (intentando reducir la brecha acercando el estado deseado al estado actual).

La teoría del control

La teoría del control de Heckhausen y Schulz es un modelo que pretende describir y explicar los cambios en la motivación humana a lo largo de la vida. La asunción implícita del modelo es que las personas tratamos de controlar el mundo que nos rodea y a nosotros mismos, tratamos de ser efectivos y producir contingencias predecibles entre nuestro comportamiento y los acontecimientos que experimentamos. Esta necesidad de control es central durante toda la vida, incluidas sus últimas etapas (Heckhausen y Schulz, 1995; Schulz y Heckhausen, 1996).

Sin embargo, los autores diferencian entre dos tipos fundamentales de control:

- Control primario, dirigido a cambiar el entorno externo mediante la acción activa.
- Control secundario, dirigido a cambiar nuestros valores y cogniciones para ajustarse a las condiciones externas cuando estas no pueden ser cambiadas.

Tanto el control primario como el secundario pueden implicar acciones y cogniciones, aunque el primario tiende a estar centrado en la producción de comportamientos dirigidos hacia el mundo externo, mientras que el secundario predominantemente se refiere al cambio de cogniciones situadas dentro del individuo

De acuerdo con Heckhausen (2000), existiría una jerarquía entre ambos tipos. En principio, las personas tratan de ejercer control primario sobre los ambientes y problemas ante los que se enfrentan. Esta forma primaria de control se supone que está enraizada en la evolución, proporcionando a los individuos que la ejercen de manera efectiva ventajas diferenciales en relación con la supervivencia y la reproducción. Sólo cuando ese control primario no es posible (bien porque las condiciones externas son inmodificables, bien por la ausencia de recursos necesarios para hacerlo), se ponen en marcha mecanismos y estrategias de control secundario. Con independencia de ello, la función principal de ambos tipos de control se encuentra en facilitar la consecución de metas que son importantes para el individuo. Así, al igual que sucedía en los modelos de Baltes y Brandtstädter, las metas se convierten en la piedra angular del modelo.

Dentro del modelo de Heckhausen y Schulz, la selección y la compensación son dos componentes esenciales de la adaptación, y se encuentran implicados en ambas formas de control. De esta manera, diferencian, dentro de cada forma de control, una versión o componente selectivo y una versión o componente compensatoria:

- Las estrategias de control primario selectivo implican invertir tiempo, esfuerzo u otros recursos disponibles en la consecución de las metas seleccionadas.
- Las estrategias de control primario compensatorio aparecen cuando existen ciertas limitaciones que dificultan o impiden alcanzar las metas deseadas. Entonces la persona puede buscar nuevos medios para tratar de lograr esas metas bloqueadas acudiendo, por ejemplo, a la asistencia o consejo de otras personas.
- Las estrategias de control secundario selectivo implican reforzar el valor interno de las metas seleccionadas, el compromiso motivacional con esos objetivos a la vez que se devalúa el atractivo de los objetivos no escogidos. También facilitan el uso continuado del control primero permitiendo que los individuos centren sus esfuerzos en un número limitado de metas que se consideran valiosas, más que desperdigar ese esfuerzo en demasiadas metas diferentes.
- Las estrategias de control secundario compensatorio son aquellas vinculadas al abandono de ciertas metas (p.e. quitándoles valor) cuando se percibe que no van a poder ser alcanzadas, o cuando se fracasa en su consecución. Permite que el individuo se pueda focalizar en metas alternativas, más realistas y posibles, iniciando un nuevo ciclo de control primario. De esta manera, la persona puede protegerse a sí misma de los fracasos (Poulin, Haase y Heckhausen, 2005).

Mientras que las tres primeras estrategias (control primario selectivo, control secundario selectivo, control primario compensatorio) se relacionan con la elección y logro de ciertos objetivos y, por ello, contribuyen bien al crecimiento, bien al mantenimiento evolutivo. Sin embargo, la cuarta estrategia se relacionaría más con la regulación de la pérdida, reorientando las metas cuando ya no es posible lograrlas, actuando como una protección de los recursos motivacionales de la persona y de su bienestar.

De esta manera, la acción humana se organiza, de acuerdo con Heckhausen (2011) en ciclos de implicación y desimplicación en metas. Estos ciclos comienzan con la selección de una meta. Una vez seleccionada, se entra en una fase de implicación con la meta que conduce a éxito o fracaso, seguida por una fase de desimplicación de esa meta que confluente el ciclo de acción y permite la apertura de un nuevo ciclo. En este proceso, las percepciones, los pensamientos, las emociones, las competencias y las actividades se coordinan para facilitar bien el logro de metas o el abandono de esas metas cuando se estiman inalcanzables o inútiles. Por ejemplo, durante la fase de implicación en una meta, los individuos se centran en aquello que es relevante para las actividades destinadas a conseguirla, ignorando la

información irrelevante. Las expectativas de control en esta fase son optimistas. En contraste, en la fase de desimplicación de una determinada meta, esa meta se devalúa al mismo tiempo que se incrementa el atractivo de metas alternativas y su percepción de que son alcanzables. Este proceso permite preservar nuestra autoestima de posibles experiencias de fracaso.

Precisamente la coordinación de esos procesos de selección, implicación y abandono de metas son la clave, para Heckhausen, del desarrollo con éxito. Un desarrollo que, al igual que sucedía con los anteriores modelos, se entiende como un proceso que incluye todo el ciclo vital.

TERCER CAPÍTULO

CAMBIO Y ESTABILIDAD EN LAS METAS EVOLUTIVAS

Las metas personales típicamente se definen como representaciones cognitivas accesibles a la conciencia sobre estados que una persona quiere alcanzar, mantener o evitar en el tiempo futuro (Brunstein, Schultheiss y Maier, 1999). La importancia de las metas y su influencia en el desarrollo humano, ha llevado a muchos investigadores a dedicarse a su estudio en décadas recientes. Sin embargo, y como veremos, no todos ellos utilizan el mismo término como tal, sino que utilizan diferentes vocablos y métodos para matizar el mismo concepto, que en términos concretos alude a representaciones de un estado futuro que puede ser positivo (esperanzas y aspiraciones) o negativo (temores o preocupaciones).

Se ha dicho anteriormente que la clave para alcanzar el envejecimiento con éxito es la adaptación, pero para comprenderla, es necesario conocer el concepto y dinámica de las metas. Las metas son elementos motivadores que confieren dirección a nuestro comportamiento para alcanzar a futuro, situaciones que ambicionamos (metas deseadas), o evitar estados que tememos (metas no deseadas), y por tanto, son un parámetro de evaluación positiva o negativa de nuestro estado presente. Si la distancia existente entre el estado presente y las metas es enorme, entonces se resiente el bienestar, lo mismo que si la distancia entre el estado actual y las metas no deseadas es demasiado corta.

Las personas persiguen varias metas simultáneamente en diferentes dimensiones física, emocional o social, que en ocasiones pueden ser aliadas y en otras conflictivas, pero tienen que elegir tanto la prioridad en las metas, como la acción que realizarán para alcanzarlas en un tiempo determinado. Las metas son representaciones mentales internas de estados deseados que tienen una influencia potencial en la exploración individual de los aspectos de contenido y proceso (Winifred, 2006).

Considerar las metas y objetivos vitales como un tema de estudio relevante es apostar por el individuo como constructor intencional de su propio desarrollo. Así, las metas son un elemento esencial de la personalidad, un elemento dinámico que refleja la interacción de la persona con

su entorno social y cultural a lo largo del tiempo. En este sentido, Hooker (2000) ha propuesto tres niveles de estudio en la personalidad:

- El nivel de los rasgos de personalidad, que se entienden como disposiciones amplias a actuar en determinado sentido. Permanecen relativamente estables en el tiempo y no están vinculadas a ningún contexto particular.
- El nivel de las adaptaciones características, entre las que se encuentran las metas y motivaciones que orientan nuestro comportamiento. A diferencia de los rasgos, estas metas y motivaciones sí están ligadas a ciertos contextos sociales, a normas culturales y a momentos evolutivos, y por ello son susceptibles de modificarse cuando estos cambian.
- El nivel de la historia vital, o la creación de una narrativa de nuestra vida y de cómo imaginamos que va a ser nuestro futuro. En las historias vitales, el grado de fluidez y cambio es enorme y cada una es particular y diferente a la de otras personas.

En este mismo sentido, Cantor (1990) propuso que las metas caracterizan la personalidad en un nivel intermedio, un nivel entre el 'ser' (los rasgos de personalidad, las disposiciones básicas) y el 'hacer' (el comportamiento concreto en una situación dada). Las metas no son tan amplias como los rasgos, ni tan específicas como los comportamientos, aunque son capaces de regularlos. A partir de las metas, somos capaces de estructurar, dar sentido y dirigir el comportamiento en unidades de acción a través del tiempo y de diferentes situaciones. Desde esta perspectiva, las metas están inherentemente vinculadas a determinado contenido específico o dominio vital concreto, y en todo caso relacionadas con el futuro. Por ello, pueden ser entendidos como 'personalidad-en-contexto' (Freund y Riediger, 2006).

Esta naturaleza inherentemente contextual de las metas se refleja en su doble vinculación, tanto a un plano personal como a un plano cultural. Respecto al desarrollo personal, es el propio sujeto quien las selecciona y pone en marcha procesos para alcanzarlas. Respecto su resonancia cultural, las metas suelen estar orientadas hacia un objetivo evolutivo relevante desde un punto de vista social y cultural.

En este sentido, Freund y Riediger (2006) afirman que las metas, en tanto representaciones de futuro, están representadas en dos ámbitos:

- Por una parte, el nivel de las expectativas sociales, que se reflejan en un conjunto de normas que informan sobre las oportunidades y recursos que cada edad nos proporciona para alcanzar ciertos logros. Definen trayectorias evolutivas estandarizadas en las que las metas se asocian a ciertas etapas vitales o edades. Comprende creencias sobre los

momentos en los que es oportuno o incluso posible alcanzar ciertos estados, aspirar a ciertas metas.

- Por otra, el nivel de las metas personales, que se refiere a cómo la persona define su futuro, aquello que desea o a lo que no le gustaría llegar. A través de sanciones sociales (aprobaciones o desaprobaciones), la selección y mantenimiento de las metas personales se ve influida por las expectativas sociales comentadas en el punto anterior. Estas expectativas sirven de orientación a las metas personales.

La construcción de metas y objetivos futuros aparece ya en la infancia, aunque de forma vaga (y en la mayoría de ocasiones poco realista: en la infancia queremos ser bomberos, modelos, futbolistas o astronautas), sin que representen un valor motivador. A partir de la adolescencia, la construcción de una identidad implica una serie de compromisos orientados al futuro, lo que supone la selección e implicación en una serie de metas vitales más elaboradas, concretas y, por ello, más estrechamente vinculadas a intenciones susceptibles de ser puestas en marcha. A medida que avanzamos por la adultez, estos objetivos de futuro van tomando la forma de planes vitales y expectativas respecto a lo que queremos que suceda en el tiempo que nos queda por vivir. Obviamente, estas expectativas se relacionan, y al menos parcialmente se inspiran, con los esquemas culturales sobre las trayectorias vitales normativas. Las metas personales, de esta manera son el instrumento por el cual abrimos posibilidades individuales de desarrollo, pero también, al mismo tiempo, el instrumento que permite canalizarlo en una dirección culturalmente relevante.

La adultez también implica la necesidad de coordinar metas evolutivas en diferentes ámbitos de la vida (por ejemplo, coordinar las metas en el ámbito de la familia con las metas en el ámbito del trabajo). Esta coordinación en ocasiones supondrá una priorización de unas metas sobre otras o una negociación con otras personas implicadas. El establecimiento de metas, sin embargo, no es algo definitivo, sino un proceso dinámico susceptible de ser modificado a medida que ciertos parámetros que nos rodean (cumplimiento de objetivos anteriores o no, disponibilidad de recursos y medios materiales o temporales para conseguir ciertos objetivos, cambios en la percepción de control sobre ciertos objetivos, etc.) cambian a medida que nos movemos a lo largo del ciclo vital (Brandtstädter, 1999a).

Como se puede observar, el nivel de los rasgos es más susceptible de un abordaje nomotético (proponiendo un número cerrado de ellos, que las personas podrían tener en grados diferentes), mientras que en las historias vitales, el abordaje ideográfico se hace más patente. En cuanto a las metas, ambos tipos de aproximación son posibles. Algunos autores han tratado de crear una taxonomía normativa de metas. Típicamente, estos estudios nomotéticos

presentan a los participantes una lista cerrada y estandarizada de posibles metas y les piden que evalúen cada meta en ciertas dimensiones (por ejemplo, su importancia o relevancia personal). Los resultados son sometidos a una posterior factorialización para encontrar asociaciones entre metas. Emmons (1997), repasando diversos estudios que siguen esta metodología, llega a la conclusión de que la mayoría acaba distinguiendo entre cinco grandes tipos de metas: Diversión, autoafirmación, estima, interpersonal y evitación. Esta clasificación es similar, como podemos observar, a la propuesta por teorías motivacionales clásicas, como la de Maslow (1970). Disponer de una lista estandarizada de metas puede ser útil para comparar individuos y poblaciones.

Sin embargo, y especialmente en los últimos años, este enfoque nomotético ha ido perdiendo popularidad en favor de aproximaciones más ideográficas, que no parten de una lista predefinida de posibles metas, sino que estas son generadas de manera espontánea por las propias personas, atendiendo a sus propios criterios. Después de todo, al hablar de metas y cómo las personas se esfuerzan por conseguirlas, estamos hablando de un fenómeno altamente individual, que se desfigura y restringe si se pretende normativizar. La investigación actual en metas, de esta manera, ha seguido una senda ideográfica, que es también la que adoptamos en el presente estudio.

En coherencia con anteriores capítulos, distinguiremos en nuestra exposición entre dos aproximaciones al fenómeno de las metas. En primer lugar, abordaremos el contexto cultural en las que los individuos han de determinar el contenido de las metas durante diferentes momentos de la vida, para pasar después a tratar la determinación individual de esas metas, y cómo se ha abordado su estudio utilizando diferentes conceptos psicológicos.

También desde este plano individual, seguiremos con un examen sobre ya no el contenido de las metas, sino su gestión, identificando distintas estrategias orientadas a la sustitución y cambio de metas en respuesta a diversas situaciones, y en concreto en respuesta al paso del tiempo y el proceso de envejecimiento.

Por último, acabaremos con un apartado dedicado de forma específica a las metas relativas a la salud y a la autorregulación en este dominio de la vida, que constituye uno de los objetivos fundamentales de nuestro trabajo.

3.1. El contexto cultural de las metas

Wrosch, Heckhausen y Lachman (2006) diferencian entre dos grandes factores que estructuran el ciclo vital y, en último término, condicionan las oportunidades y límites para conseguir

ciertas metas, sirviendo de almacén para el desarrollo individual a lo largo de la vida. En primer lugar mencionan los factores biológicos que subyacen a la maduración y al envejecimiento. Estos factores biológicos, como se ha comentado en el capítulo 1, producen un patrón en forma de U invertida por lo que se refiere a la capacidad funcional de la persona en términos de rendimiento físico. Durante la niñez, adolescencia y juventud la maduración lleva al organismo de una dependencia extrema a conseguir un funcionamiento independiente. Sin embargo, a partir de la mediana edad, estos factores biológicos afectan negativamente al funcionamiento y conducen a un declive progresivo de las capacidades funcionales. Este patrón de desarrollo biológico sin duda ayuda a que en ciertos momentos de la vida algunas metas sea posible alcanzarlas, mientras constituyen un obstáculo para que esas metas se consigan en momentos posteriores.

Un segundo factor tiene que ver con restricciones ya no biológicas, sino sociales. Así, la sociedad provee una secuencia ordenada de metas que, si se siguen, facilitan el desarrollo. Estas 'normas de edad' (Hagestad y Neugarten, 1985) se pueden entender como concepciones compartidas sobre los cambios normativos que implica el ciclo vital, asunciones que permiten predecir qué nivel de desarrollo se debería haber alcanzado y qué aspiraciones se deberían tener en cada momento de la vida. Ajustarse a esas normas favorece la consecución de las metas implicadas, ya que se ofrecen facilidades para conseguirlas en los momentos en los que se piensa que están indicadas. Aprovechar esas oportunidades favorables en el momento justo ayuda a que el individuo consiga resultados positivos, mientras que tratar de lograr ciertas metas cuando no es el momento implica un alto costo de recursos para la persona. Esta secuencia estándar de metas y momentos en los que se deben conseguir quizá es menos rígida ahora que en el pasado, fenómeno que se ha denominado 'desinstitucionalización del ciclo vital' (Held, 1986). Así, los límites temporales para conseguir ciertas metas se han ampliado en gran medida, y los costes de tratar de conseguir ciertas metas 'cuando no toca' son ahora menores que en el pasado, precisamente porque esos periodos 'donde no toca' se definen de manera más laxa.

Poseemos algunos enfoques teóricos que han tratado de determinar esa secuencia normativa de metas a las que las personas, se supone, han de aspirar en diferentes momentos de la vida. Son teorías que plantean el cambio a lo largo del ciclo vital como una sucesión de etapas regulares por las que todos los individuos acaban pasando. Desde este punto de vista, el desarrollo es un proceso ordenado que implica una serie de transformaciones cualitativas vinculadas a ciertas edades.

Las propuestas de Erikson y Havigurst son referentes importantes en este sentido, y nos pueden informar respecto a cómo se concibe y qué función desempeñan las metas y en cada momento de la vida. En ambos casos su teoría en etapas se aparta de las teorías clásicas en psicología evolutiva, como la perspectiva de Piaget, en al menos dos aspectos importantes:

- Las influencias socioculturales, más que madurativas, se convierten en la clave para pasar de una etapa a otra.
- El desarrollo se entiende como un proceso que no acaba en la adolescencia, sino que los cambios se extienden al resto de la vida adulta. De hecho, esto es clave para nuestro objetivo, ya que pretendemos estudiar las metas no en la infancia, sino en dos momentos diferentes de la adultez.

3.1.1. La teoría de Erikson

La teoría de Erikson destaca por ser una de las primeras que afronta el desarrollo desde una perspectiva que incluye todo el ciclo vital humano. Su contribución, sin embargo, va más allá de este papel pionero, y numerosos investigadores evolutivos reconocen la influencia de Erikson en su obra, influencia que es especialmente importante cuando hablamos de la adolescencia y el concepto de identidad y, por supuesto, en el terreno del desarrollo adulto y el envejecimiento.

Aunque Erikson tuvo una formación inicial en lo que podríamos denominar ortodoxia freudiana, su teoría se aleja bastante de la propuesta originalmente por el fundador del psicoanálisis. Según Wrightsman (1994) sus diferencias con la ortodoxia freudiana se centran básicamente en dos puntos:

- Mientras Freud se centra sobre todo en la dinámica del inconsciente, Erikson lo hace en el yo como entidad unificadora que asegura la coherencia del comportamiento de la persona. Para él, la función del yo no es tanto la de mantener a raya ansiedades y neurosis, sino asegurar el mantenimiento de un comportamiento eficiente, y su teoría es una propuesta de cómo el yo evoluciona a lo largo del ciclo vital y va adquiriendo cualidades.
- Erikson rechaza el biologicismo del psicoanálisis clásico y su énfasis en los impulsos sexuales, manteniendo que, más que la biología, es la sociedad quien funciona como guía en las elecciones del individuo. Su teoría es fundamentalmente una teoría de la relación del ego con la sociedad que le circunda.

Así, mientras el psicoanálisis clásico es una teoría de tipo psicosexual, donde los impulsos de tipo sexual ocupan el centro y el cambio en la personalidad se plantea únicamente hasta la

adolescencia, la teoría de Erikson tiene un marcado carácter psicosocial y los cambios y evolución de la persona se producen a lo largo de todo el ciclo vital. El carácter fundamentalmente psicosocial del enfoque eriksoniano se pone de manifiesto cuando habla acerca del papel de lo social en su teoría. En concreto, Erikson (1950) cree que este papel se centra en al menos dos aspectos:

- La sociedad tiende a estar constituida de manera que provoca las crisis y simultáneamente da medios para poder superarlas, a la vez que intenta favorecer y proteger tanto el ritmo como la secuencia de las etapas.
- La superación de las primeras etapas implica una cada vez mayor apertura del individuo a la sociedad que le rodea, con lo que podemos deducir que las últimas etapas (precisamente las directamente vinculadas al proceso de envejecimiento), supondrán una crisis de un carácter esencialmente social.

Erikson (1982), entiende el desarrollo como una secuencia de etapas normativas predeterminadas, ocho en concreto. Cada una de esas etapas tiene un tema dominante, una cuestión evolutiva a la que el individuo típicamente ha de enfrentarse y abordar. Es decir, cada etapa confronta al individuo con una crisis o encrucijada. Si el individuo supera con éxito esa crisis, agrega una nueva cualidad a su yo, lo que fortalece y le pone en disposición de afrontar nuevas crisis con mayores posibilidades de éxito. Si, por el contrario, la crisis no es bien resuelta, dejará residuos neuróticos en la persona y, de alguna manera, dificultará el afrontamiento de nuevas crisis y la incorporación de las nuevas cualidades que se ponen en juego en ellas. Este polo amenazante que se pone en juego en cada una de las etapas es, para Erikson, necesario para crecer. Las cualidades susceptibles de ser adquiridas sólo tienen sentido (y son valoradas por la persona) si no son dados por supuesto, sino que tienen un opuesto que es necesario evitar.

Vemos brevemente cuáles son las cuestiones que caracterizan cada una de estas etapas, centrándonos en aquellas que tienen más relación con los objetivos del presente trabajo, las que aparecen a partir de la adolescencia (es decir, las cuatro últimas).

Identidad frente a confusión de roles

Esta es la etapa vinculada a la adolescencia. El adolescente experimenta tanto unas transformaciones corporales aceleradas como nuevas demandas por parte de las personas que le rodean. Estos cambios desafían un sentido de la identidad (de saber quién es uno mismo)

que ha de ser logrado en esta etapa. Se trata de que el adolescente afronte unos primeros compromisos tanto en el plano interpersonal como en el académico o ideológico.

Ante todas estas presiones y cambios, el adolescente tiene el riesgo de caer en una confusión de roles, en verse superado por todas las opciones a su disposición y por la necesidad de tomar decisiones, lo que puede conducir bien al establecimiento de compromisos precipitados, bien a no comprometerse en absoluto.

La cualidad asociada a la superación con éxito de estos desafíos es la fidelidad.

Intimidad frente a aislamiento

Tras haber conseguido establecer una identidad personal en la etapa anterior, durante la adultez temprana (típicamente en los años comprendidos entre los veinte y los treinta), la persona se ve en la encrucijada de arriesgarla comprometiéndose de manera íntima con otra persona.

Si la crisis se resuelve con éxito, la persona consigue llegar a un estado de confianza mutua, a una fusión de identidades con otra persona sin perder nada de la suya propia. La unión con otra persona también permite regular conjuntamente los ciclos del trabajo, la procreación y el ocio.

El peligro de esta etapa es la posibilidad de caer en el aislamiento, en un distanciamiento de las demás personas, que son vistas como una amenaza para la propia identidad.

La superación de esta fase conduce a que la persona se refuerce con una nueva cualidad: la capacidad de amar.

Generatividad frente a estancamiento

Una vez logradas ciertas metas en la vida en pareja, existe la posibilidad de caer en el aburrimiento y el egoísmo, de no ser capaz de ir más allá de esa relación para contribuir al bienestar de los demás en sentido amplio y centrarse sólo en uno mismo, valorando la seguridad y el confort personal por encima de la asunción de nuevos desafíos vitales, tales como compartir la experiencia que ya se posee con otras personas.

En cambio, una resolución positiva de esta crisis permite al individuo ir más allá de la identidad individual y de la intimidad con la pareja, para comprometerse con un grupo mayor, ya sea este el grupo familiar, la comunidad o la sociedad en sentido amplio. La persona que es capaz

de lograr la generatividad es útil a los demás, se preocupa por sus necesidades, es consciente de que necesita ser necesitado y consigue unos niveles de productividad y satisfacción elevadas en todas las esferas de su vida, mostrando una preocupación por la guía y aliento de aquello que ha creado, en especial por sus hijos.

Integridad del yo frente a desesperación

En la última etapa de la vida, el individuo puede sentir que ha merecido la pena vivir, estar satisfecho con las decisiones tomadas a lo largo de la vida y aceptarlas como las apropiadas e inevitables dadas las circunstancias en las que se tomaron. La vida se contempla como un todo significativo.

Por el contrario, una resolución negativa de la crisis propia de esta etapa conllevaría un arrepentimiento y remordimientos en relación a decisiones tomadas en el pasado. La persona se siente desilusionada y apesadumbrada debido a las equivocaciones que siente que ha cometido. Querría dar marcha atrás y desandar lo andado tomando otro camino, pero a la vez es consciente de que ya no hay vuelta atrás y de que el tiempo que le queda es ya muy poco, ve la muerte cercana y con temor.

En relación con las metas y los diferentes contextos evolutivos en los que aparecen, esta propuesta presenta importantes implicaciones. Respecto a la adolescencia, el aspecto sexual e interpersonal es un componente importante de la identidad personal. El adolescente comienza a explorar estos terrenos y a mostrar interés, en consecuencia, por personas que puedan satisfacer nacientes deseos sexuales. También en el ámbito de los grupos, el establecimiento de las primeras parejas es un hito importante. Por otra parte, es en esta etapa en la que el adolescente ha de definir una vocación, un proyecto de futuro en el área laboral, algo a lo que por otra parte será instado por las instituciones educativas: tendrá que tomar decisiones respecto a si seguir o no estudiando, a qué opción vocacional sigue en sus estudios, etc.

En relación a la juventud, el tema fundamental de acuerdo con Erikson se centra en la pareja, en arriesgar la identidad recién adquirida en una relación íntima con otra persona (que no necesariamente ha de ser la pareja, aunque típicamente así es). A diferencia de las parejas adolescentes, en la juventud la pareja tiene una mayor voluntad de permanencia y aparecen los primeros proyectos de futuro conjuntos. En palabras de Erikson, se pasa de una identidad estrictamente individual a la formación también de una identidad de pareja. Respecto al ámbito vocacional, la teoría de Erikson habla de que las personas han de centrarse en

conseguir estabilizarse y consolidarse en determinada profesión. Sin embargo, los cambios que ha experimentado la sociedad en los últimos años condicionan un comienzo tardío de la carrera profesional, así como un retraso en la formación de parejas estables y la independencia del hogar parental. Esto lleva a algunos autores a plantear conceptos como el de 'adulthood emergente', en la que el tema de la identidad sigue siendo fundamental. Son unos años en los que los jóvenes exploran de manera activa diferentes opciones antes de decidirse por unas u otras (Arnett, 2000).

En la madurez de acuerdo con Erikson el tema es la generatividad, y tanto la pareja como el trabajo son dominios en los que dar salida a esos deseos e intereses generativos, relacionados con crear algo que nos sobreviva, algo donde volcar nuestra necesidad de ser necesitado, de cuidar y sobrevivir simbólicamente más allá de nuestro propio ciclo vital (McAdams, 2001). La paternidad y la creación de una familia es sin duda uno de los espacios típicos donde expresar esa generatividad, y supone concretar y hacer reales algunos de los proyectos compartidos de la pareja, que pasa de una identidad de pareja a otra que podemos llamar identidad familiar. En algunos trabajos, ser capaz de crear productos o tomar decisiones que afecten al bienestar de otras personas también puede ser una fuente importante de generatividad.

Sin embargo, en la etapa de la vejez, la teoría de Erikson se vuelve más introspectiva y no ofrece pistas en relación a los contextos familiares o laborales como fuente de metas significativas para las personas. De acuerdo con sus propuestas, la vejez sería una etapa en la que se toma de nuevo un punto de vista individual, en la que los conflictos y retos tienen que ver con la persona y ya no con la familia o el trabajo, y se centran en elaborar una historia de vida significativa.

Esta noción de la vejez, que se relaciona con conceptos como el de desimplicación, interioridad o gerotranscendencia (Cumming y Henry, 1961; Tornstam, 1996; Brown and Lewis, 2003), implicando todos ellos un repliegue hacia sí mismo de la persona mayor, ha sido puesta en duda en los últimos años. En concreto, se ha propuesto que los intereses de tipo generativo, más que desaparecer una vez se entra en la vejez, podrían mantenerse también para las personas mayores. De hecho, fue el mismo Erikson quién, en sus últimas obras (Erikson, Erikson y Kivnick, 1986), propuso el concepto de *grand generativity*, o generatividad en la vejez, para enfatizar las diversas formas en las que los mayores ayudan a otros (como padres, como abuelos, como viejos amigos, como mentores, etc.), a la vez que aceptan también la ayuda de otros, y expresa el interés por perpetuar conocimientos y valores en futuras generaciones.

Sin duda, las nuevas generaciones de personas mayores son ahora muy diferentes a las que había en el momento en el que Erikson propuso su teoría, en los años 50 del pasado siglo. No únicamente ahora hay más personas mayores y la vejez dura más tiempo, sino que las nuevas generaciones de mayores están más formadas y disfrutan de buenos niveles de salud durante más años. Esto facilita que muchos de ellos estén motivados por seguir contribuyendo a su familia y su comunidad.

Desde un punto de vista empírico, parecen existir evidencia de que el interés y las actividades generativas se mantienen en la vejez y únicamente en algunas dimensiones del concepto las personas de mediana edad superan en generatividad a los mayores (McAdams, St.Aubin y Logan, 1993; Sheldon y Kasser, 2001). Existen diversos trabajos que han tratado de concretar esta aplicación del concepto de generatividad a la vejez y que demuestran el interés y las actividades generativas de los mayores (Warburton y Gooch, 2007; Warburton, McLaughlin y Pinsky, 2006).

Por último, cabe apuntar que esta tradición eriksoniana de valoración de lo social a la hora de considerar una teoría del ciclo vital se mostrará también en un concepto importante en la consideración del desarrollo a lo largo de la vida: el concepto de teoría evolutiva.

3.1.2. Las tareas evolutivas

Una manera alternativa de entender el ciclo vital humano, esta vez sin las reminiscencias psicoanalíticas de la teoría de Erikson, es a partir de la noción de tarea evolutiva, propuesta por Havighurst (1973). Las tareas evolutivas se entienden como retos, objetivos o metas que la sociedad espera que la persona cumpla en determinados intervalos de edad. Su ejecución satisfactoria por una parte aumenta el sentido de competencia y la estima de la persona dentro de su comunidad o grupo de referencia y, por otra, el cumplimiento de una determinada tarea sirve como preparación para afrontar futuras nuevas tareas.

Featherman, Smith y Peterson (1990) identifican tres componentes en el concepto original de tarea evolutiva:

- Para poder completar con éxito una determinada tarea la persona tiene que haber alcanzado previamente un cierto nivel de madurez biológica, física y psicológica.
- Las tareas son impuestas por una sociedad y cultura, secuenciándolas por edades y niveles madurativos.

- A través de un continuo proceso de socialización, el cumplimiento de las diferentes tareas tiende a convertirse en una aspiración del propio individuo, en sus metas vitales a lo largo de la vida.

Al igual que Erikson, Havighurst (1973) divide la vida en una serie de periodos y asigna a cada uno de ellos una sucesión de tareas evolutivas. Estas etapas, con sus logros asociados (y en comparación con las de Erikson) podemos observarlas en la tabla 1.

Edad/Fase de la vida	Erikson	Havighurst
12-18 años	Identidad frente a confusión de roles Cualidad: Fidelidad	Relaciones más maduras con coetáneos de ambos sexos Lograr rol social masculino o femenino Aceptarse físicamente Alcanzar independencia emocional de los padres Prepararse para el mundo profesional Adquirir valores y sistema ético Desear y llevar a cabo comportamiento socialmente responsable
18-30 años	Intimidad frente a aislamiento Cualidad: Amor	Integración en el mundo laboral Selección de una pareja. Aprender a vivir en pareja Tener una familia propia Crianza de los hijos Responsabilizarse de un hogar Asumir algunas responsabilidades cívicas. Encontrar un grupo social estable
30-60 años	Generatividad frente a estancamiento Cualidad: Cuidado	Favorecer la asunción de responsabilidades y felicidad de los hijos Lograr una responsabilidad cívica adulta. Alcanzar y mantenerse en unas cotas profesionales satisfactorias Desarrollar actividades de ocio adultas Relacionarse con la pareja en tanto persona Aceptar y ajustarse a los cambios fisiológicos de la mediana edad Adaptarse al envejecimiento de los padres

		Adaptarse a una fuerza física y salud en declive
		Adaptarse a la jubilación y a una reducción de ingresos
Más de 60 años	Integridad frente a desesperanza Cualidad: Sabiduría	Adaptarse a la muerte de la pareja y viudedad Establecer una afiliación explícita con el propio grupo Adoptar y adaptarse a roles sociales de manera flexible Establecer un hábitat físico de vida satisfactorio

Tabla 1. Distribución de las etapas según Erikson y de las tareas evolutivas según Havighurst a lo largo del ciclo vital

De esta manera, las tareas evolutivas implican una estructuración a priori del ciclo vital que explica el parecido en el desarrollo evolutivo de las personas (incluso en el desarrollo más allá de la adolescencia) que pertenecen a la misma cultura.

De los conceptos de rol y tarea evolutiva se puede derivar, además una distinción que nos parece interesante remarcar: la distinción entre edad cronológica y edad social.

Mientras la edad cronológica se refiere a la cantidad de años que la persona ha vivido, la edad social de una persona se correspondería con su posición dentro del entramado de estratos sociales graduados por edad, posición que viene dada por los roles que esa persona desempeña de manera efectiva (Neugarten y Datan, 1973).

Obviamente, la edad cronológica y la edad social se encuentran íntimamente relacionadas, ya que la primera de ellas es un importante indicador que nos permite predecir con cierto grado de seguridad la 'edad social' del individuo, debido a la existencia de fuertes expectativas acerca de los roles y tareas evolutivas que deben desempeñar o no personas con una cierta edad cronológica.

No obstante, la sincronización no es completa y la edad cronológica supone tan sólo una aproximación al estatus social que debería ocupar la persona y a los roles que debería desempeñar. La existencia de este calendario evolutivo socialmente construido que marca una serie de expectativas respecto a la manera de crecer y envejecer de las personas también implica que existan intervalos de edad ideales para ejercer ciertos roles y tareas o mostrar ciertos comportamientos (Neugarten, 1968; Hagestad, 1990). Por el contrario, si se violan esas expectativas y la persona se propone conseguir metas que están fuera de tiempo, o bien se salta ciertas metas propuestas para determinados momentos evolutivos, se esperan consecuencias negativas para el desarrollo personal (Settersen y Hagestad, 1996a, 1996b).

Tratar de alcanzar metas 'que no tocan' de acuerdo con estas expectativas implica hacerlo sin el apoyo social de pares que persiguen lo mismo que nosotros y sin la presencia de modelos sociales que nos guíen, lo que implica una mayor inversión de recursos y mayores costes personales, ya que se debe compensar esa falta de apoyo socioestructural (Wrosch y Freund, 2001).

Así, de acuerdo con este enfoque, las tareas evolutivas que definen la vida de pareja se establecen en una secuencia cuyos principales hitos son los siguientes:

- Selección de pareja y noviazgo
- Vivir en pareja
- Paternidad y crianza de hijos
- Independencia de los hijos y pareja post-parental.

El subsistema pareja debe verse como tal y al mismo tiempo entender las diferencias individuales que cada uno de los miembros presenta, reconociendo los cambios que se producen con la edad, en búsqueda de la aceptación de los mismos y la vivencia de la experiencia conjunta con las pérdidas y fortalezas que va dejando el tiempo. Todos estos eventos frente a la posibilidad de estar en el proceso de envejecimientos juntos, aceptando que es inevitable y que se comparte el envejecer en el proyecto de vida.

El modelo de las tareas evolutivas asume salir de la familia de origen, implica ocupar nuevos roles que proporcionan estabilidad y sensaciones de éxito (Havighurst, 1973). Una vez conformada una nueva familia, la llegada de los hijos, la estabilización en la madurez y la independencia de los hijos, si se dan de acuerdo a las expectativas previas (o si uno es capaz de adaptar esas expectativas cuando no sucede así), añaden sentimientos de orgullo al yo, finalizando en la vejez con la satisfacción de haber logrado el proyecto de vida. En la época de la formación de la nueva familia la pareja asume nuevos roles para llegar a su adaptación, lo cual incluye la dimensión sexual, su acoplamiento en la búsqueda de bienestar personal y el del otro bajo el interés común, concretado en la mayoría de casos en los hijos y su educación.

En cualquier caso, las necesidades de dar y recibir gratificaciones dentro de la pareja siempre están presentes. Para ello es esencial que cada uno de los miembros de esa pareja haya cumplido previamente con tareas de etapas anteriores, tales como desarrollar su propia identidad y la capacidad de intimar con el otro.

La llegada de los hijos y el asumir el rol paterno implica nuevas tareas que vinculan a los padres en una nueva y gran responsabilidad común, la crianza de los hijos. La adaptación al nuevo

miembro de la familia puede producir incomodidad y generarse conflictos, que pueden aparecer posteriormente a medida que crecen los niños, sus necesidades cambian y las necesidades de la propia pareja también se van transformando. La estabilización es un momento evolutivo donde los padres ya se adaptaron y saben cuáles son las reglas a seguir en cada una de las situaciones que presentan.

Finalmente llega la vejez, la separación de los hijos de la casa, dándose un nuevo proceso de adaptación a otras situaciones relacionadas con la soledad y la muerte.

Cada momento implica unos retos y unos intereses diferentes para la pareja, que pueden implicar cambios en la manera en la que se representa esta relación y en el significado que tiene para las personas. Explorar estas representaciones y significados es precisamente el objetivo de nuestro estudio.

3.2. Metas y desarrollo personal

Así, estos objetivos cobran una importancia fundamental al menos por tres razones (Brandtstädter y Greve, 1994a; Cross y Markus, 1991; Freund y Reidiger, 2006):

- Son elementos motivadores que dan sentido a nuestras acciones y ofrecen una dirección hacia la que guiar nuestros esfuerzos. Son, por ello, la fuente de toda acción intencional de desarrollo personal.
- Las metas proveen consistencia entre situaciones y ofrecen una estructura que organiza el comportamiento en unidades de acción.
- Son patrones de comparación que, a partir de la actividad autoevaluatora del yo, nos van a permitir conocer el éxito de nuestras acciones (si nos han acercado a los objetivos) o el fracaso (si no nos han acercado lo suficiente o nos han alejado), así como interpretar en estos términos los acontecimientos que experimentamos a lo largo de la vida.

La implicación en una serie de metas autogeneradas infunde a la actividad cotidiana del individuo una estructura y un significado personal. Así, las personas se identifican a sí mismas con las metas que se establecen y persiguen, e invierten considerable tiempo y energía en el logro de esos compromisos. La regulación del comportamiento a partir del futuro esperado y deseado, es decir, de las metas, implica procesos como los siguientes (Brunstein, Schultheiss y Maier, 1999).

- Traducir las metas en planes de comportamiento y actividades instrumentales asociadas
- Escoger ambientes que facilitan el logro de las metas

- Supervisar el progreso hacia el logro de los objetivos
- Modificar estrategias y planes de respuesta a la información de retroalimentación relevante para las metas.

Pese a este acuerdo sobre importancia de las metas para el comportamiento, desarrollo y estado afectivo de las personas, su conceptualización empírica está lejos de alcanzar el mismo grado de acuerdo, y conceptos diferentes han sido acuñados para estudiar el fenómeno de las metas. Así, las metas han sido conceptualizadas como *life tasks* (tareas vitales; Cantor, 1990; Meegan y Berg, 2001; Meegan y Goedereis, 2006), *personal projects* (proyectos personales; Little, 1983, 1999), *personal strivings* (esfuerzos personales; Emmons, 1996; Sheldon y Kasser, 2001) o *possible selves* (selves posibles; Cross y Markus, 1991; Hooker, 1999; Markus y Nurius, 1986). Cada uno de estos conceptos presenta una definición y foco ligeramente diferente, aun compartiendo un significado común de los objetivos como representaciones de futuro que la persona pretende (o le gustaría) alcanzar.

Por ejemplo, Cantor (1990) concibe las tareas vitales como problemas en los que las personas se encuentran trabajando en un momento dado. Son aquellas tareas en las que las personas están implicadas y las que dedican energía, tareas que organizan las actividades cotidianas de los individuos y que son especialmente relevantes en momentos de transición evolutiva, como la paternidad, la jubilación o la viudedad.

Los proyectos personales, por su parte, se definen como un conjunto de acciones interrelacionadas que se dirigen a la consecución de una meta. Son aquellas cosas sobre las que las personas piensan, hacen planes, llevan a cabo y, a veces, completan.

Muy similar a este concepto es el de esfuerzo personal (*personal striving*), definido como un patrón de esfuerzos dirigidos a una meta que representa aquello que un determinado individuo intenta hacer o conseguir (Emmons, 1986). Estos 'esfuerzos personales' se entienden como constructos abstractos, que pueden concretarse en diferentes metas o acciones referidas a un mismo tema. Así, un 'striving' puede manifestarse y conseguirse de muy diversas maneras y a partir del logro de diferentes metas concretas.

De esta manera, cada enfoque aporta una definición ligeramente diferente de las metas: las metas como tareas, las metas como proyectos, las metas como esfuerzos. Las diferencias entre conceptos son de matiz, pero al mismo tiempo importantes, como pone de manifiesto Emmons (1997):

- Los proyectos personales no son estados hipotéticos, sino que se refieren a un conjunto de acciones concretas a lo largo del tiempo. Se refieren no a cosas que tiene la persona, sino a

lo que la persona hace. Pueden definirse en diferentes niveles. Así, podemos hablar de macro-proyectos que engloban intenciones generales concretadas en multitud de acciones (por ejemplo, 'explorar mis convicciones religiosas'), pero también de micro-proyectos, que implican acciones muy delimitadas (por ejemplo, 'ir a misa este domingo'). Los micro-proyectos pueden organizarse y subsumirse en sucesivos niveles de proyectos de más alto rango y nivel de abstracción.

- Las tareas vitales se refieren a problemas que la persona ha de solucionar, problemas relevantes que están vinculados a etapas evolutivas, y especialmente a momentos de transición entre etapas. En este sentido, es el concepto más vinculado a las expectativas socioculturales sobre el desarrollo a lo largo del ciclo vital, y como la persona asume las tareas que implica. Es, en este sentido, un concepto más genérico que los proyectos personales.
- Los esfuerzos personales, definidos como metas persistentes que son características de una determinada persona, se encuentran más vinculadas a la personalidad, a elementos disposicionales más que a cambios en el contexto evolutivo. Más que referirse al logro de determinado estado (como, por ejemplo, las tareas vitales, cuya solución implica el logro de cierto estado), se refieren a algunas orientaciones personales que se van concretando en metas concretas diferentes a lo largo del tiempo. En este sentido, no podemos hablar de que un esfuerzo personal pueda ser 'completado con éxito' o 'se fracase en él', como sí podemos decirlo de los proyectos personales o de las tareas vitales. Como cualidades personales, los esfuerzos ocupan un nivel de generalidad alto, sin la variación y organización jerárquica entre macro-micro que caracteriza, por ejemplo, a los proyectos personales.

Más recientemente, han aparecido otros conceptos para tratar el tema de las metas. Uno de ellos es el de anhelos vitales (*vital longings*; Mayser, Scheibe y Reidiger, 2008, Scheibe, Freund, y Baltes, 2007), definidos como representaciones de estados vitales ideales (utópicos en cierto sentido) que tienen cierta permanencia y son emocionalmente ambivalentes. Se trata, en cierta manera, de un deseo intenso de algo que nos parece remoto o inalcanzable. De acuerdo con Mayser, Scheibe y Reidiger (2008), tendrían características como las siguientes:

- Implican un sentido de vida incompleta, imperfecta, su surge a partir de pérdidas, de alternativas no escogidas, de trayectorias vitales bloqueadas, que son el origen de esos anhelos.

- Comprenden utopías personales, o imágenes mentales de una vida ideal. Debido a este carácter utópico, los anhelos nunca pueden alcanzarse del todo.
- En cierta medida, tienen un contenido emocional ambivalente, una mezcla de emociones positivas y negativas.
- Evocan reflexiones y evaluaciones vitales, implican posicionarnos respecto a nuestros propios ideales.

Al igual que otros conceptos que se refieren a las metas, los anhelos vitales se supone que ofrecen dirección al desarrollo. Al igual que las metas, los anhelos hacen referencia a realidades alternativas hacia las que las personas dirigen su comportamiento. Sin embargo, a diferencia de ellas, los anhelos se supone que son más abstractos, se sitúan en el extremo superior de la jerarquía motivacional, son más bien 'meta-metas'. Se supone que también están orientadas más a largo plazo que las metas, y que tienen un sentido mayor de utopía (de imposibilidad para ser alcanzadas, en último término). Este nivel mayor de abstracción hace que su vínculo con la acción concreta y cotidiana sea menor que en el caso de las metas. En lugar de ser conscientemente escogidos, los anhelos vitales aparecen, de manera no intencional, en respuesta a pérdidas o a trayectorias vitales no realizables. Por ello, son más resistentes a su sustitución o abandono que las metas.

Sin embargo, quizá el concepto referido a metas que ha generado más investigación, y en concreto más estudios en relación con el envejecimiento es el de selves posibles (posible selves). Este concepto nace con la intención de conceptualizar objetivos y metas evolutivas, (Markus y Nurius, 1986, Markus y Wurf, 1987). De acuerdo con estos autores, los selves posibles representarían aquella parte de nuestro autoconcepto que hace referencia a imágenes (más o menos elaboradas) sobre lo que queremos ser en un futuro (selves deseados) o lo que no quisiéramos que nos pasara bajo ningún concepto (selves no deseados). De esta manera, gran parte de las acciones intencionales que llevamos a cabo pueden ser contempladas como esfuerzos por acercarnos o por alejarnos de diferentes selves posibles.

Los selves posibles pueden entenderse también como un recurso instrumental de motivación y defensa, concepto, representación o imagen de "un yo en un estado futuro", importante en el entendimiento de la continuidad y del cambio en determinado periodo vital. Ese término indica elementos del autoconcepto que representan lo que podríamos llegar a ser, lo que podría gustarnos hacer y lo que temeríamos llegar a ser, quiere decir que los repertorios de autoconocimiento encarnan esperanzas de un yo idóneo, satisfactorio, esperanza o ideal (fuerte, líder, elegante, glamuroso, estimado, famoso, esbelto, exitoso, creativo, rico, amoroso, admirado), pero también de un yo temido, insatisfecho que no corresponda a un

estatus personal y social deseado (vernos solos, adictos, dependientes, obesos, en baja forma, violentos, agresivos, devaluados, no remunerados, depresivos, incompetentes, desempleados, etc.). Si hay poca discrepancia entre el yo actual y el yo ideal, resulta la esperanza y si aumenta esa diferencia, aparece el temor (Cross y Markus, 1991).

El concepto de selves posibles, al igual que el de proyecto personal, es un puente entre cognición y motivación, implica una conexión directa entre motivos y acciones específicas. Es una noción introducida para complementar la actual concepción de autoconocimiento, representa las ideas personales sobre nuestro devenir futuro, qué les gustaría hacer y qué temores se tienen. Así, los selves posibles se pueden contemplar como el componente cognitivo de elementos emocionales como son las esperanzas, los temores o las amenazas, aportan forma y concreción, dirección y organización a los comportamientos y recursos que es necesario recabar para orientar nuestra vida hacia esos estados deseados y no deseados. Su función es la de ser incentivos del comportamiento futuro, que nos permite alejarnos o acercarnos a ciertos estados. Son, en este sentido representación de aspiraciones, motivaciones y amenazas asociadas a estados afectivos.

A diferencia de los conceptos anteriores (proyectos personales, tareas vitales, esfuerzos personales, anhelos), los selves posibles tienen una doble cara, incluyen metas a conseguir, pero también otras a evitar. Incorporar esta 'motivación negativa', que nos insta a alejarnos de estados futuros, y en las que se anclan nuestras preocupaciones, nuestros temores, aquello que nos amenaza, es el elemento más novedoso de este concepto y su contribución diferenciar.

La naturaleza de los selves posibles, su importancia en lo individual, su grado de elaboración cognitiva o afectiva y su vínculo a los planes específicos y comportamientos estratégicos, podrían cursar, dependiendo en la posición individual en el ciclo de vida. (Markus y Nurius, 1986).

Dado que en el envejecimiento la idea de amenaza, de escenario vital que incluye pérdidas, de tiempo que ya no es infinito sino limitado, es tan importante, pensamos que es quizá el concepto para abordar las metas que tiene más sentido o que puede aportar más. Es por ello que esta doble concepción de las metas (aspectos a conseguir, aspectos a evitar) es la que hemos adoptado en el presente estudio.

Los estudios sobre metas muestran claros patrones de cambio evolutivo y, en concreto, ciertas modificaciones de las metas en relación al envejecimiento.

Uno de estos cambios es la reducción en el número de dominios (de metas diferentes) que reportan las personas mayores. El envejecimiento, al menos por lo que respecta a sus cambios

biológicos, implica una serie de pérdidas que pueden limitar en gran medida la posibilidad de conseguir, o incluso plantearse, nuevas metas.

En un estudio transversal de adultos de diferentes edades (desde jóvenes a mayores), Cross y Markus (1991) encontraron que los mayores (de 60 o más años) generaban significativamente menos selves posibles, tanto deseados como temidos, que los grupos de edades más jóvenes. De hecho, el número de selves posibles decrecía progresivamente con la edad, pasando de una media de 7,6 selves posibles deseados en el grupo más joven (18-24 años) de su estudio, a 5,7 en el grupo de los mayores (más de 60 años). Esta reducción sugiere que, a medida que pasan los años, se recortan algunas metas de futuro e imágenes del yo que no son centrales, para concentrarse en aquellas que les resultan especialmente relevantes (Frazier et al. 2002; Hooker, 1992). Obviamente, esta reducción del número de metas en la vejez es meramente comparativa, en contraste con otros momentos de la vida. En ningún caso implica que los mayores dejen de tener metas: la investigación ha demostrado que, incluso en edades muy avanzadas, los mayores no solo siguen teniendo expectativas de futuro y objetivos vitales a conseguir (Hoppmann y Smith, 2007; Smith y Freund 2002), sino que disponer de estas metas resulta, como veremos, estar asociado a un mayor bienestar subjetivo (Lapierre, Bouffard, Dubé, Labelle y Bastin 2001).

Un segundo hallazgo evolutivo se refiere a la escala y naturaleza de las metas perseguidas por personas de diferentes edades. Envejecer implica sin duda un cambio en la perspectiva temporal, en la medida que se es más consciente de que existe un límite en el tiempo por vivir. A esta conciencia puede corresponder un foco en características presentes, cercanas, del autoconcepto, más que en otras futuras y alejadas en el tiempo. Por ello, las metas de los mayores pueden centrarse más en aspectos relativos al presente, de una escala temporal cercana.

Los estudios disponibles en ese sentido así parecen indicarlo. En comparación con jóvenes y personas de mediana edad, los mayores se implican con mayor probabilidad en metas y proyectos que son más significativos, más manejables, más apoyados por otros y menos estresantes (Little, 1999). Esta menor ambición y escala de las metas de los mayores no significa que dejen de tener metas, o que renuncien a sus objetivos. En la mayoría de ocasiones, lo que sucede es que formulan esos objetivos de manera más modesta, lo que implica aumentar la probabilidad de conseguirlos y, al mismo tiempo, si se produce un fracaso es más fácil de manejar y ser asumido. Ampliaremos en el próximo apartado este aspecto de la gestión de las metas y su cambio a lo largo del ciclo vital.

Además del número y su escala, el contenido de los selves deseados también difiere entre grupos de edad. En un estudio de Ogilvie y Rose (Ogilvie y Rose, 1995, Ogilvie, Rose y Heppen, 2001), estos autores hicieron generar metas a personas de diferentes grupos de edad, categorizando los resultados en función de la orientación motivacional de la meta. Definieron cuatro grupos, muy similares a las metas evolutivas propuestas por Baltes, mencionadas en el capítulo 1:

- Metas motivadas hacia la adquisición, hacia el logro de condiciones futuras valoradas positivamente)
- Metas motivadas hacia el mantenimiento, que tienen que ver con la preservación de condiciones presentes positivas)
- Metas motivadas hacia la prevención, relativas a la evitación de condiciones futuras negativas)
- Metas motivadas hacia la cura, que se refieren a librarse de condiciones presentes negativas)

En sus estudios, obtuvieron un patrón claro de preferencia por unas metas u otras en función de la edad. Así, si bien, en general, la mayoría de metas eran del primer tipo (adquisición), estas eran particularmente numerosas entre los adolescentes. El cuarto tipo era especialmente mencionado por los de mediana edad (metas preventivas, como evitar el estrés en el trabajo o la familia), mientras las metas de mantenimiento era mencionado especialmente por los más mayores. En todos los grupos, las metas de prevención eran las que estaban menos presentes. Como veremos en el siguiente apartado, estos datos están en coherencia con un modelo de gestión adaptativa de metas que tiende a primar objetivos centrados en el presente a medida que la persona se hace mayor.

Además, parece que las metas reflejan las tareas evolutivas de la etapa en la que está la persona, las oportunidades y las transiciones de rol típicas de cada momento evolutivo. Como hemos argumentado en anteriores apartados, esta estructura normativa de metas a lo largo de la vida es una de las influencias en la selección de determinados objetivos vitales, del compromiso individual y de su modificación con el tiempo. Numerosos estudios reflejan esta influencia. Por ejemplo, Hooker et al. (1996) estudiaron a una muestra de jóvenes que habían sido padres por primera vez recientemente. Encontraron que las tareas evolutivas para esa etapa, tal y como eran definidas por Havighurst (1973), y que incluían crear una familia, criar hijos o aprender a vivir en pareja, se reflejaban claramente en sus selves posibles. De hecho, un 73% de la muestra incluía selves deseados relacionadas con esas tareas, mientras que el 65% mencionó selves no deseados también en relación con ellas. De hecho, cuando se incluían

objetivos fuera del ámbito familiar, reflejaban también tareas propias de la etapa, tales como comenzar una carrera profesional, administrar un hogar o comenzar a implicarse en responsabilidades cívicas.

En coherencia con estos resultados, en el estudio de Cross y Markus (1991) antes mencionado, los selves deseados para los grupos más jóvenes de adultos reflejaban las tareas propias de la edad, como las expectativas de adquirir nuevos roles en los ámbitos familiar (tener una pareja, tener hijos) o profesional (tener un trabajo, cambiar de trabajo). Estos deseos de incorporar o adquirir nuevos roles estaban ausentes en los grupos más mayores (60-69 y más de 70). Resultados similares obtiene Nurmi (1991), quien encuentra en muestras de adolescentes y jóvenes adultos intereses y esperanzas de futuro ligadas a la ocupación, la futura familia, el trabajo o las actividades de ocio.

Cuando las personas abandonan la adolescencia y juventud, existen cambios evidentes en sus metas personales. Por ejemplo, Nurmi (1992) encontró que, mientras las personas entre 25 y 34 años mencionaban con frecuencia metas en relación con la familia y el yo, en su muestra de personas de entre 35 y 44 años las metas más frecuentes se relacionaban con los hijos y con viajar. Entre los 45 y los 54, las menciones sin embargo cambiaban a temas relacionados con la salud, las transiciones en las vidas de los hijos y cuestiones de tipo político.

En un estudio de Hooker y Kaus (1994) con una muestra de personas de mediana edad, los resultados van en la misma línea: las personas de su muestra, de entre 40 y 59 años, mencionaban tareas evolutivas propias de la etapa. Así, en relación con la familia, las tareas propias de la etapa de acuerdo con el esquema de Havighurst (ayudar a que los hijos adolescentes sean adultos responsables y felices, ajustarse al envejecimiento de los padres, relacionarse con la pareja como persona) estaban presente en un 52% de la muestra. En relación con el yo físico, la tarea de aceptar y ajustarse a los cambios físicos de la mediana edad estaba presente en un 67% de la muestra, mientras que el 56% de la muestra mencionaba selves posibles relacionados con el trabajo que eran similares a las tareas evolutivas de la etapa en ese dominio.

Cuando abandonamos la mediana edad y nos internamos en la vejez, las metas vuelven a cambiar otra vez. Cross y Markus (1991), por ejemplo, encontraron que las personas mayores mencionaban sobre todo metas relativas a la salud (dependencia, enfermedades) y el estilo de vida (restricciones de ciertas actividades), particularmente en lo que respecta a los miedos, a los selves no deseados. Sin embargo, cuando se les pedía que generasen metas positivas (selves deseados), la mayoría se refería a logros en roles (ser un buen abuelo, por ejemplo) y el desarrollo y mejora de características personales (ser útil, ser independiente, ser activo,

continuar aprendiendo, etc.). Es decir, las respuestas indicaban que, por lo que respecta a los selves deseados, al menos todavía concebían que les quedaban cosas por hacer y que la mejora era posible. Esta mejora en la propia persona también se encuentra en datos como los de Troll y Skaff (1997), quienes encontraron que su muestra de mujeres mayores de 85 años mencionaba todavía cambios esperados en características de personalidad, especialmente cambios de carácter positivo. Las relaciones sociales es otro de los ámbitos en los que los mayores pueden establecer metas de tipo positivo (Carstensen et al., 1999). Así, además de la salud, las relaciones sociales y ciertas características personales podrían ser el foco de las metas de la vejez.

Lapierre y cols. (2001) proporcionan datos similares. A partir de metas generadas por una muestra de más de 700 personas mayores, encontraron que el 38% de ellas se referían a aspectos relativos al yo, destacando aquellas relacionadas con el mantenimiento de la salud y la autonomía. Las metas asociadas a las relaciones y contactos sociales ocuparon el segundo lugar, con el 17% del total de metas generadas. Esta categoría incluía también deseos de los mayores por ayudar a otros y mantener relaciones ya existentes. En tercer lugar, con un 9,5% de las menciones, se situaban metas que implicaban deseos para otras personas, por ejemplo, deseos de bienestar para familiares, amigos o incluso para el mundo en general. Las metas en relación a las actividades útiles y a la autorrealización se situaron en cuarto y quinto lugar, siendo las metas relativas a las actividades de ocio las sextas en el ranking.

Por su parte, Smith y Freund (2002) aportan también evidencias en este sentido en su estudio, que implicaba a una muestra de personas entre 70 y 103 años. En contraste con las ideas de desimplicación respecto del futuro, sus participantes, incluso los más mayores, fueron capaces de generar un conjunto muy variado de escenarios y metas de futuro. Estos autores encontraron que, aunque sin duda la salud era un aspecto central en la definición de muchas de las metas, otros dominios también estaban presentes, en particular aspectos relativos a características personales y a relaciones interpersonales, como se mencionó anteriormente. Los selves deseados no eran simplemente deseos de evitar estados indeseables o de mantener el estado actual, sino que predominaban los deseos de nuevas experiencias. Como sucede en muestras más jóvenes, los mayores estaban motivados para el cambio.

En cualquier caso, para los mayores, sin embargo, parece que sus selves posibles no están tan claramente relacionados con tareas evolutivas propias de esa etapa, o al menos no tanto como lo están en etapas anteriores de la vida (Frazier y Hooker, 2006). Así, el dominio más saliente para las personas mayores es la salud, como han mostrado numerosos estudios (Frazier, 2002, Hooker, 1992, Hooker y Kaus, 1994). Así, hasta un 55% de mayores tenían en su repertorio de

selves deseados alguno relacionado con la tarea evolutiva de ajustarse a una fuerza física y a una salud en declive. Otras tareas de esta etapa, como establecer un modo de vida satisfactorio en la vejez o ajustarse a la jubilación también estaban presentes entre los participantes. Sin embargo, el resto de tareas evolutivas propuestas en el esquema de Havighurst para la vejez (ajustarse a la muerte de la pareja, establecer afiliaciones explícitas con el propio grupo de edad, etc.) no aparecían. Este hecho puede ser explicado al menos de dos maneras:

- En primer lugar, como propone Hooker (1999), a medida que nos hacemos mayores el desarrollo quizá se encuentra cada vez más influido por circunstancias únicas y no normativas, y no tanto por el esquema normativo impuesto por la sociedad. Las personas mayores, a lo largo de su larga trayectoria vital, han tenido más años para diferenciarse entre sí, con lo que estas diferencias individuales tienen un mayor peso relativo que las fuerzas sociales homogeneizadoras que implican los calendarios evolutivos normativos.
- En segundo lugar, también podría ser, además, que el esquema de Havighurst (1973) no fuera tan válido para los mayores actuales como lo fue para mayores de generaciones anteriores. Como argumentamos en páginas anteriores, hoy en día los mayores tienen unos niveles de salud, de formación y de motivación muy diferentes a los típicos en generaciones pasadas, lo que puede facilitar que en ellos los intereses y metas se parezcan a los típicos de las personas de mediana edad (especialmente entre los mayores más jóvenes).

Otro hallazgo importante es que las metas que son importantes para los mayores tienden a tener una cierta continuidad en el tiempo. Así, en un estudio de tipo longitudinal, Frazier et al. (2002) evaluaron los selves posibles de una muestra de mayores, y los volvieron a evaluar en la misma muestra cinco años después. Lo que encontraron fue básicamente continuidad, y cuando aparecían cambios, éstos implicaban en general, dominios como la salud o el funcionamiento físico, con mayor probabilidad de tener selves posibles en la segunda evaluación que en la primera. Los autores concluyen que el mantenimiento de los dominios más centrales y relevantes del self es algo importante para las personas, especialmente ante los cambios que puede suponer hacerse mayor. Smith y Freund (2002) encontraron que esta estabilidad en los mayores es mayor en ciertos dominios que en otros, siendo las metas relativas a la salud las más estables.

Para resumir, existe suficiente evidencia en forma de estudios transversales como para afirmar que el contenido de las metas personales experimenta un cambio asociado a la edad: de un interés primario en la formación, el establecimiento de la pareja, los amigos y la carrera

profesional en la juventud, se pasa a un interés primario por la salud, el envejecimiento, las actividades de ocio y las cuestiones de valores en la vejez. Es decir, de un interés por conseguir cosas nuevas se pasa a un interés por mantener lo que ya se tiene ¿Por qué y cómo se producen estos cambios? ¿Qué sentido tienen? Estas son las preguntas a las que contestaremos en el siguiente apartado.

3.3. La gestión de las metas en el proceso de envejecimiento

Como hemos señalado a lo largo de páginas anteriores de este trabajo, envejecer es un proceso que pone a prueba nuestra capacidad de adaptación. A pesar de que a medida que nos hacemos mayores podemos crecer en ciertos sentidos, el paso de los años, y especialmente las últimas décadas de la vida, implica pérdidas y cambios lo suficientemente negativos como para que sea necesario ajustarse a nuevas situaciones relativamente más desventajosas (Brandtstädter, Wentura y Greve, 1993). Este tipo de cambios negativos tiene un especial carácter irreversible e incontrolable en dos ámbitos: el físico y el social.

En cuanto al ámbito físico-biológico, el declive de capacidades físicas y la mayor vulnerabilidad a enfermedades y problemas crónicos de salud son características cada vez más acentuadas a medida que pasan los años. Incluso aquellos investigadores más optimistas (por ejemplo, Baltes, 1987, 1997) no niegan la ocurrencia de estas pérdidas ni el descenso de los recursos de reserva asociados a la edad, no sólo referidos al rendimiento físico de la persona, sino también a su rendimiento cognitivo.

En el ámbito psicosocial, la vejez conlleva para muchas personas una serie de pérdidas también en gran medida irreversibles. Aunque ciertas transiciones y el abandono de ciertos roles que se asocian a esta etapa de la vida puede ser discutible que implique una pérdida (quizá para algunas personas si sea lo real, pero no para todos), otros cambios psicosociales sí son de manera indudable negativos. A medida que se envejece, la muerte se hace cada vez más presente. Primero, en generaciones mayores a la nuestra (siendo la muerte de los padres la más significativa en este sentido), luego de nuestra propia generación, hasta que estas pérdidas llegan a alcanzar a las personas más significativas para nosotros (ya sean éstas amigos, familiares o la propia pareja).

Aunque sin duda la ganancia pueda estar presente hasta el final (como vimos en el primer capítulo), la coocurrencia entre pérdida y ganancia es uno de los presupuestos de la perspectiva del ciclo vital), no sólo la realidad del envejecimiento, sino también su percepción subjetiva, es la de un proceso con un progresivo aumento de pérdidas y disminución de

ganancias a medida que pasan los años. Además, el envejecimiento se percibe como un proceso que conlleva una restricción del potencial de crecimiento, una barrera a las oportunidades para mejorar (Heckhausen y Krueger, 1993; Krueger y Heckhausen, 1993). Esta percepción del envejecimiento es básicamente idéntica en muestras de diferentes edades, lo que nos hace suponer que son concepciones compartidas de manera bastante general y, por lo tanto, relativamente independientes de la posición dentro del ciclo vital en la que nos encontremos.

Sin embargo, a pesar del conjunto de pérdidas y de amenazas de pérdidas asociadas al hecho de envejecer, parece ser que dimensiones fundamentales de nuestro self (como por ejemplo, la autoestima o la satisfacción con la vida) parecen no resentirse. Por ejemplo, las medidas en diferentes parámetros de bienestar subjetivo, tales como satisfacción vital o autoestima, estudiadas tanto a través de diseños transversales como longitudinales, muestran una marcada estabilidad con el paso de los años (Okun y Stock 1987; Morganti, Nehrke, Hulicka y Cataldo, 1988). En el mismo sentido, Ryff (1989) evaluó como diferentes muestras se puntuaban a sí mismos en distintas dimensiones asociadas al bienestar subjetivo. Estas dimensiones fueron autoaceptación, relaciones sociales positivas, autonomía, competencia ambiental, propósito vital y crecimiento personal. Sus resultados muestran que personas de diferentes edades se describían de manera comparable en la mayoría de dimensiones. Sólo en la dimensión crecimiento personal las puntuaciones de las personas mayores eran más bajas que las de jóvenes y personas de mediana edad. Se trata, como comentamos en el capítulo 2, de un fenómeno conocido como 'la paradoja del bienestar'

Una de las razones que podría conciliar estos resultados que a primera vista parecen contradictorios (el aumento de las pérdidas y posibilidades comportamentales asociado a la edad y, en paralelo, el mantenimiento en términos generalmente positivos de la valoración de nosotros mismos) es decir, es que las personas ponemos en marcha una serie de procesos adaptativos que, en la mayoría de los casos, nos permiten afrontar con éxito los cambios de carácter negativo asociados al envejecimiento. La relevancia de estos procesos para el tema que nos ocupa, los metas vitales a lo largo de la vida (y, en concreto, en la vejez), es que implican precisamente una gestión de esos objetivos. Como veremos, a medida que pasan los años, acudimos a la permanencia de ciertos objetivos y al abandono, reinterpretación o modificación de otros como vías por las adaptarnos a las nuevas situaciones que implica avanzar por el ciclo vital.

Para profundizar en estos procesos de gestión de metas vamos a exponer dos perspectivas que, en nuestra opinión, aportan elementos importantes de comprensión. La primera, más

genérica, es la teoría de la acción de Brandtstädter, que ya se introdujo en el anterior capítulo al hablar de envejecimiento con éxito. Esta teoría propone diferentes estrategias de manejo de metas que permiten entender su cambio a lo largo de la vida.

La segunda perspectiva que se analizará es la teoría socioemocional de Carstensen. Esta propuesta, aunque circunscrita a las relaciones sociales y las emociones, aporta también elementos interesantes que permiten entender cómo envejecer supone un cambio de metas en estos ámbitos de la vida. Entre estos elementos destaca la importancia de la que dota a la percepción de perspectiva temporal.

3.3.1. Asimilación y acomodación: la perspectiva de Brandtstädter

Autores como Brandtstädter enfatizan el papel de las metas como elemento clave en la puesta en marcha de procesos adaptativos. Según este punto de vista, las personas estaríamos motivadas a lograr un acercamiento o consistencia entre nuestro autoconcepto presente (cómo creemos que somos) y nuestras metas (o selves posibles, recogiendo el concepto tratado en el apartado anterior), debido a que cuando la discrepancia entre ambos sobrepasa determinado nivel, nuestra autoestima se resentiría. Para reducir tales discrepancias se plantean dos tipos principales de mecanismos que podemos poner en funcionamiento: la asimilación (o persecución tenaz de objetivos) y la acomodación (o ajuste flexible de metas). Accesoriamente, el modelo de Brandtstädter también incluye un tercer tipo de proceso, el de inmunización.

Como ya fueron definidos en el capítulo anterior, al hablar del envejecimiento con éxito entendido como adaptación a las circunstancias de la vida, no vamos a reiterar nuevamente en qué consiste cada una de ellas, ni en qué condiciones es más probable optar por una u otra estrategia adaptativa. Si es importante retener en este contexto, sin embargo, que mientras que la asimilación implica mantener objetivos vitales e iniciar acciones destinadas a su logro, la acomodación supone modificar (y en ocasiones abandonar) ciertos objetivos para que su reformulación esté más cercana a nuestra situación actual. En ambos casos, lo que se persigue es reducir la discrepancia entre situación actual y metas, discrepancia de la que depende nuestra autoestima y en buena medida nuestro bienestar.

Un aspecto central en la propuesta de Brandtstädter es que, a medida que pasan los años (y especialmente en las últimas décadas de la vida), el balance entre los procesos de acomodación y de asimilación se va inclinando progresivamente hacia aquellos. Por ejemplo, en sus estudios (Brandtstädter y Renner, 1990; Brandtstädter y Baltes-Götz, 1990) elaboraron

dos cuestionarios independientes: uno para evaluar los procesos de asimilación y otro para valorar los de acomodación. De su aplicación a muestras de diferentes edades se obtienen que las puntuaciones en ambos cuestionarios están relacionadas positiva y significativamente con diversos índices de satisfacción personal con la vida. Es decir, las personas que aplican en mayor medida tanto estrategias asimiladoras como acomodadoras se benefician en términos de bienestar y satisfacción. Sin embargo, al patrón de puntuaciones en ambos cuestionarios a lo largo del ciclo vital (es decir, en muestras de diferentes edades) mostraba una trayectoria inversa: mientras el uso de estrategias de asimilación disminuía a medida que pasan los años (aunque en ningún caso desaparecía), la acomodación aumentaba su relevancia y uso con la edad

Esta preferencia por la acomodación a medida que nos hacemos mayores se explica por la naturaleza inevitable, irreversible, poco modificable y controlable, de los acontecimientos que definen el proceso de envejecimiento, especialmente aquellos de naturaleza biológica y que afectan a nuestras capacidades físicas. A esto hay que sumar también la reducción en la perspectiva temporal que implica ir cumpliendo años: el futuro pasa de verse como algo infinito a ser cada vez más reducido (Brandtstädter y Baltes-Götz, 1990). Este tipo de cambios, lógicamente, potencia un afrontamiento en forma de acomodación (es decir, de abandono de ciertas metas y reducción de aspiraciones, por ejemplo), más que un afrontamiento en forma de asimilación (intentando cambiar situaciones que por definición son poco o nada cambiables, o manteniendo ciertos objetivos que ya no va a dar tiempo de ser logrados).

Así, en las personas mayores el uso de estrategias de acomodación, fundamentadas en la reformulación de objetivos, puede ser particularmente eficiente para mantener el bienestar, y funcionar como un colchón que evita que ciertas pérdidas asociadas al envejecimiento afecten a nuestro yo. Por ejemplo, según Brandtstädter, Wentura y Greve (1993), la relación entre el estado de salud de una muestra de personas mayores (evaluado a través de un cuestionario en el que se especificaban 22 de las patologías más comúnmente asociadas al envejecimiento) y su bienestar subjetivo se ve moderada por la aplicación de estrategias acomodadoras. Cuando se aplicaban este tipo de estrategias, la presencia de enfermedades no afectaba, o afectaba mucho menos, al bienestar subjetivo. En el mismo estudio y de modo semejante, ciertas restricciones de movilidad asociadas al envejecimiento (tales como mayor dificultad de acceso a tiendas, a lugares de ocio, a la familia y amigos, etc.) reducían su impacto en el bienestar subjetivo cuando se aplicaban estrategias de acomodación.

En ocasiones, la puesta en marcha de procesos de acomodación se inicia a partir de una sensación de pérdida de control sobre la situación y reducción de probabilidades percibidas de

poder conseguir una meta. Ante esta posibilidad de pérdida de control, la persona reacciona reformulando (abandonando, rebajando, sustituyendo) los objetivos que mueven su comportamiento. Así, si bien la pérdida de control fomenta su uso, precisamente este uso contribuye a una ganancia de control sobre unas nuevas metas que, tras la acomodación, son más manejables. Así, los procesos de acomodación, a partir del reordenamiento de las metas que son importantes, es un medio para volver a adquirir control sobre nuestro propio desarrollo y, de esta manera, favorecer posteriores esfuerzos de asimilación (Brandtstädter, 1999b). Empíricamente, Brandtstädter y Rothermund (1994) han mostrado como funciona este mecanismo. De esta manera, la flexibilidad en el reajuste de metas puede ayudar a mantener un sentido global de confianza en nuestras posibilidades evolutivas, alejando sentimientos de indefensión y depresión en la vejez.

Vamos a concretar un poco más los mecanismos y estrategias de asimilación, acomodación e inmunización que parecen ser efectivas y especialmente aplicadas a lo largo del envejecimiento, incorporando dentro de este marco tanto los estudios del propio Brandtstädter como los de otros equipos de investigación sobre temas similares.

Asimilación y envejecimiento

Las actividades de asimilación representan el instrumento por el que ejercemos el control sobre nuestro propio desarrollo a partir de acciones intencionales. Esta actividad de asimilación comprende las actividades de autoobservación, autoevaluación y autocorrección que permiten ser consciente de nuestra situación, saber si estamos acercándonos o alejándonos de nuestras metas, en cualquier caso, cambiar nuestro comportamiento si es necesario para alcanzar aquello que nos hemos propuesto.

Brandtstädter (Brandtstädter y Greve, 1994a; Brandtstädter y Rothermund, 2002) distingue entre varios tipos de actividades de asimilación. En primer lugar, contamos con las actividades autorrectoras e instrumentales, que comprenden aquellas acciones dirigidas a la consecución de una meta deseada, al mantenimiento de un estado valorado del que ya disfrutamos o al alejamiento de estados amenazantes. Gran parte de las actividades vinculadas al mantenimiento de la salud, a la mejora en nuestras competencias o, en general, al cambio en nuestros patrones de comportamientos para maximizar la probabilidad de conseguir o mantener cierto objetivo son de este tipo.

Un segundo tipo de mecanismos de asimilación, de especial importancia entre los mayores, son las actividades compensatorias. En este caso la persona se implica, ante la presencia de

cierta pérdida, en cursos de acción que no la evitan directamente o la hacen desaparecer, pero que en alguna medida mitigan sus consecuencias aversivas. Los mecanismos de compensación pueden ser de muy diverso tipo, y podemos encontrar desde algunos fundamentados en ayudas externas para la consecución o mantenimiento de estados que antes se lograban por uno mismo (por ejemplo, las ayudas protésicas o tecnológicas, o el acudir a nuestra red social para mantener ciertos estados especialmente valorados) hasta otros que simplemente implican sustituir las competencias debilitadas o perdidas por otras, o bien reorganizar nuestro comportamiento para adecuarlo a las nuevas circunstancias.

Desde la teoría de la acción, se espera que estos esfuerzos compensatorios sean especialmente importantes en aquellos dominios en los que existe un estándar normativo y objetivo a conseguir que es difícil abandonar (o cuyo abandono implica un coste demasiado alto). La compensación como estrategia con una importancia cada vez mayor a medida que se envejece, coincide con las propuestas de la psicología lifespan, quienes situaban este mecanismo como uno de los componentes esenciales de su modelo SOC de envejecimiento con éxito (ver en el capítulo 2 una discusión de este modelo).

Tanto el modelo SOC como la propuesta de Brandtstädter coinciden en resaltar el poder de la persona mayor, incluso en momentos en los que los recursos disponibles escasean, de optimizarlos y dar un sentido a nuestra propia trayectoria evolutiva, configurándola propositivamente en la medida de lo posible para, en cualquier caso, mantener una visión de nosotros mismos (de nuestro self) en términos positivos.

Acomodación y envejecimiento

Aunque la asimilación nunca desaparece (a través de ella somos capaces de dar dirección a nuestra vida), los procesos de acomodación tienen una especial importancia a medida que se avanza por el ciclo vital. Como hemos comentado, en esencia la acomodación consiste en una modificación o sustitución de metas antes valoradas por otras, lo que ocurre cuando los procesos de asimilación o no son posibles o la persona no cree que vayan a ser eficientes. El envejecimiento, que como hemos visto implica ciertas pérdidas más o menos irreversibles, tiende a favorecer los procesos de la acomodación. En concreto, esta acomodación se puede llevar a cabo de al menos dos formas diferentes y no mutuamente excluyentes (Brandtstädter y Greve, 1994; Brandtstädter y Rothermund, 2002).

En primer lugar, la acomodación puede concretarse en una modificación en las metas y objetivos vitales, cambio que se puede expresar de dos formas: bien en forma de reajuste de las metas, bien en una sustitución de unas metas por otras.

En cuanto al reajuste, dado que el tiempo de vida es por definición limitado, avanzar por el ciclo vital comporta una progresiva reducción de los años que nos quedan por vivir, con lo que es lógico que envejecer también implique una reducción del alcance temporal de nuestras metas y objetivos: mientras en la juventud estos pueden establecerse a largo plazo, en la vejez la persona puede llegar a reconocer que no va a ser posible conseguir algunos proyectos personales mantenidos en otras etapas de la vida y ponga en marcha una rebaja en su aspiraciones de futuro, situando los objetivos vitales más corto plazo, más vinculados al presente, o redefiniéndolos de forma más modesta, menos ambiciosa. Este cambio en las metas supondría reducir la discrepancia entre cómo nos vemos ahora y cómo nos gustaría vernos (las metas), con lo que nuestra autoestima, que depende críticamente de esa distancia, podría mantenerse en términos positivos.

Los resultados de Cross y Markus (1991) o de Smith y Freund (2002) sobre el concepto de selves posibles, repasados en el apartado anterior, pueden ser interpretados dentro de este marco: comparando los deseos y temores futuros de cohortes de diferente edad, las personas más mayores enfatizan en mayor medida que los jóvenes el logro y desarrollo de roles y actividades que se desempeñan en el presente, más que la consecución de nuevos roles o actividades. De igual manera, Ryff (1991) o Flesson y Heckhausen (1996) han comprobado como la distancia entre la manera en que las personas se ven en el presente y como les gustaría llegar a ser se reducía en las personas de mayor edad. Este acercamiento entre el presente y lo ideal (las metas) se conseguía básicamente a partir de una reducción de los ideales a medida que se envejece.

Así pues, a medida que la persona envejece, el futuro se contempla como un dominio en el que, si todo va bien, únicamente pueden mantener las condiciones positivas del presente. Los mayores intentarían primordialmente conservar las cosas buenas todavía disponibles y posibles en su presente, como podrían ser la realización de diversas actividades de ocio sin demasiadas exigencias físicas o intelectuales (pasear, tomar el sol, viajar, escuchar música), el mantenimiento del estado de salud, etc. En este sentido, envejecer, a través de estos movimientos de acomodación, deja de convertirse en una cuestión de ganar y alcanzar nuevos estados para pasar a ser fundamentalmente un cuestión de no perder lo que ya se tiene (Dittmann-Kohli, 1991). Hemos de pensar también, como argumentan Rapkin y Fisher (1992b) que no solo mantenerse tiene sentido cuando el futuro es amenazante, sino también que las

personas mayores son las que con más probabilidad han logrado ya muchas de las metas a las que aspiraban en años anteriores, con lo que mantenerse se convierte cada vez más en una meta con sentido a medida que nos hacemos mayores.

Una segunda forma de cambio en los objetivos y metas no es tanto reducir la ambición o la extensión temporal dentro de los mismos objetivos, sino más bien cambiar los objetivos, sustituyendo unos (aquellos que se ven fuera el rango posible) por otros más realistas y para los que la persona se percibe con suficientes recursos. Además, estos cambios de objetivos podrían reflejar también las diferentes tareas evolutivas ante las que se enfrenta la persona a medida que envejece.

En un estudio transversal con personas de 25 a 105 años citado en Baltes, Lindenberger y Staudinger (1998) (ver tabla 2), apreció como las prioridades vitales de las personas cambiaban a medida que avanzaban a lo largo del ciclo vital. Como observamos, la salud cobraba importancia a medida que las personas envejecían, pasa ser la prioridad fundamental en las personas de más edad. Este hallazgo ya había sido puesto de manifiesto en los estudios sobre cambio en metas vitales repasados en el apartado anterior de este mismo capítulo (Cross y Markus, 1991, Hooker, 1999).

25-34 años	35-54 años	55-65 años	70-84 años	85-105 años
Trabajo	Familia	Familia	Familia	Salud
Amistades	Trabajo	Salud	Salud	Familia
Familia	Amistades	Amistades	Competencia cognitiva	Pensar sobre la vida
Independencia	Competencia cognitiva	Competencia cognitiva	Amistades	Competencia cognitiva

Tabla 2. Prioridades vitales a lo largo del ciclo vital (tomado de Baltes, Lindenberger y Staudinger, 1998).

Desde el modelo SOC de envejecimiento con éxito de la psicología lifespan, estos cambios en objetivos vitales son una manifestación de la estrategia de selección. Ante una situación de escasez de recursos, la persona se centra en aquellos dominios que ve más relevantes.

Sin embargo, de esta exposición no debemos extraer la impresión de que a medida que envejecemos vamos vaciando nuestra vida de objetivos de futuro, de voluntad de conseguir nuevas cosas y de esforzarnos por ellas. En este sentido, reducir las perspectivas de futuro o

cambiar nuestros objetivos podría no sólo ser una estrategia adaptativa en sí misma, sino a la vez favorecer la consecución de las metas que todavía se mantienen.

Por una parte, cuando las condiciones y circunstancias son cada vez más difíciles, mantenerse puede implicar ya grandes esfuerzos. Como vimos en el capítulo 1, mantenerse o incluso reducir el impacto de las pérdidas pueden ser objetivos evolutivos tan importantes (o más, en las últimas décadas de la vida, cuando los recursos escasean y las pérdidas son inevitables) como crecer y conseguir nuevos hitos.

Por otra parte, los mayores suelen establecerse también objetivos que corresponden a estados diferentes a los actuales, pero no tan ambiciosos ni variados como los objetivos de las personas más jóvenes. Por ejemplo, en una investigación de Cross y Markus (1991), los jóvenes tenían muchas y muy diferentes metas futuras (a veces incompatibles entre sí), lo que quizá sirva para probar su potencial en una variedad de dominios y contextos, antes de decidirse por unas metas y trayectorias evolutivas concretas. En contraste, las metas de las personas mayores eran menos y más cercanas a su situación presente, lo que aumenta la probabilidad de conseguirlas, y, en consecuencia, el propio sentido de poder todavía influir en el entorno y dirigir su propia vida, lo que es un importante componente de la satisfacción personal (Dietz, 1996).

Por otra parte, la intensidad con la que las personas mayores se centran en objetivos que persiguen únicamente la preservación de la situación presente y no la mejora depende de diversas circunstancias. Aquellas personas mayores con nivel de autonomía e independencia intactos (con una mejor salud, que tienen un elevado nivel educativo y de ingresos y que no han perdido a su cónyuge) pueden perseguir metas dirigidas a la mejora en mayor medida que aquellas otras que experimentan algunas de las pérdidas vinculadas al envejecimiento o que están en una situación más desfavorable (Lapierre, Boufard y Bastin, 1997).

Inmunización y envejecimiento

Si bien los procesos de asimilación y acomodación han generado múltiples líneas de investigación en relación con el envejecimiento (especialmente estos últimos), el concepto de inmunización está relativamente poco desarrollado dentro del marco de Brandtstädter.

En parte, creemos que esta falta de desarrollo se debe a la propia naturaleza del concepto (más confusa y menos susceptible de operacionalizarse) y a un cierto solapamiento con los mecanismos de acomodación. Recordemos que, según este autor, inmunización serían aquellos procesos que cambian el significado de ciertos acontecimientos para que no tengan

relevancia personal. Hasta qué punto este cambio se realiza sin que implique un proceso de acomodación (esto es, de reevaluación de nuestro estado presente o deseado) no queda claro. Los procesos de comparación social podrían interpretarse como mecanismos de inmunización tal y como los define Brandtstädter. Así, la significación de las pérdidas que las personas mayores pueden experimentar con el paso de los años es menor si son pérdidas y declives normativos, que sufren gran parte de las personas de una misma edad cronológica y que son esperados. Por otra parte, las personas también tienden a cambiar los grupos de referencia a la hora de valorar nuestra situación. Respecto a la comparación social, a medida que pasan los años parece que existe la tendencia a compararse con personas que muestran un peor envejecimiento que uno mismo. Así, una persona puede percibir que envejece relativamente bien o que sus problemas e inconvenientes no son tan graves porque conoce a otras que envejecen peor o que tienen más problemas o de mayor gravedad. Este tipo de comparaciones se ha encontrado que potencian sentimientos de bienestar y satisfacción con la vida de los ancianos, al proteger su autoconcepto y autoestima del posible daño que podría causarles el envejecimiento (Heidrich y Ryff, 1995). En la vejez, además, el ámbito más susceptible de generar comparaciones sociales favorables es precisamente el estado físico y la salud, el dominio quizá más amenazado por el paso del tiempo. Las consecuencias de estas comparaciones sociales son especialmente positivas para el bienestar de las personas que ya tienen algún problema de salud (Heidrich y Ryff, 1995).

Por otra parte, estas comparaciones sociales de las que se extraen consecuencias favorables para uno mismo también se pueden establecer comparando el propio envejecimiento con aquello que se supone que es el 'envejecimiento normal', el que afecta a la mayoría de personas. En este sentido, tener una imagen pesimista del 'envejecimiento normal' (como la que hemos descrito en un apartado anterior) podría resultar adaptativo a medida que se envejece, ya permite que nos veamos como excepciones a la regla general: mientras mantenemos la visión de que envejecer significa para la mayoría de personas perder y deteriorarse, percibimos en nosotros mismos un mejor envejecimiento de lo que sería esperable según esa visión pesimista (Heckhausen y Krueger, 1993).

Las comparaciones también pueden darse no con otras personas, sino como uno mismo en otros momentos de la vida. En este caso la comparación, más que ser social, es temporal (Wilson y Ross, 2000). Ryff (1991) encontró en este sentido que, a la hora de considerar su propia trayectoria evolutiva, las personas mayores la contemplan como caracterizada básicamente por la estabilidad. Los mayores estiman que han cambiado mucho menos con los años y evalúan su pasado de forma mucho más positiva de lo que lo hacen los jóvenes. Este

tipo de comparaciones evita en cualquier caso que la persona se vea a sí misma declinando con la edad.

Todos estos procesos de comparación social son movimientos de acomodación en la medida que tienen como consecuencia un recorte de la distancia entre cómo nos valoramos a nosotros mismos actualmente y las trayectorias evolutivas deseadas. En este caso no se lleva a cabo reajustando o sustituyendo objetivos, sino cambiando (de manera no consciente) el patrón con el que valoramos nuestro estado actual y la distancia hacia esas metas.

De manera similar, la edad y el propio concepto de envejecimiento no parecen significar lo mismo para los jóvenes que para los mayores. Los mayores, a diferencia de los jóvenes, separan radicalmente el envejecimiento del cuerpo de un estado personal subjetivo que permanece inmune a los efectos del tiempo. Este 'sentimiento de juventud interna' se ha operacionalizado preguntando a las personas la edad que creen que tienen por dentro, lo que se ha denominado edad subjetiva. Numerosas investigaciones han demostrado que no sólo la edad subjetiva no sólo suele ser diferente a la cronológica, sino que tales discrepancias tienden a incrementarse con la edad (Barak, 1987; Goldsmith y Heiens, 1992; Montepare, 1996). Mientras que en los adolescentes y jóvenes las diferencias entre edad cronológica y subjetiva tienden a ser pequeñas, a partir de cerca de los 30 años el sentido de la diferencia se invierte: uno se siente más joven de lo que es cronológicamente. Esta discrepancia aumenta proporcionalmente a la edad de la persona.

Este énfasis en 'no envejecer por dentro' ayudaría a que el proceso de envejecimiento no afectase a la imagen que tenemos de nosotros mismos, a no alejarnos de una ideales de juventud y a dotar de un sentido de continuidad a nuestra trayectoria evolutiva. Se ha encontrado que las personas que se sienten más jóvenes de lo que son tienden a tener mayor autoestima, a estar más satisfechas consigo mismas y con la vida y a sentirse mejor de salud (Barak y Stern, 1986; Staats, Heaphey, Miller, Partlo, Romine y Stubbs, 1993; Troll y Skaff, 1997).

En cierto sentido, este fenómeno también puede ser interpretado como un proceso implícito de comparación social: mientras los jóvenes se identifican y comparan con su propia generación, los mayores lo hacen con generaciones más jóvenes (Heckhausen y Krueger, 1993).

3.3.2. Teoría socioemocional

Laura Carstensen ha desarrollado una propuesta que trata de explicar las razones que llevan a las personas a priorizar o sustituir ciertas metas dentro del ámbito social y las implicaciones que para las relaciones con otras personas y el propio desarrollo emocional tiene este fenómeno. Carstensen (1998) reconoce que han inspirado su propuesta: la noción de adaptación como clave para el desarrollo y la noción de selección como uno de los principios que caracteriza el proceso de envejecimiento.

La adaptación implica que el comportamiento ha de ajustarse a ciertas circunstancias que van cambiando a medida que la persona se mueve por el ciclo vital. Así, desde este punto de vista, lo que puede ser adaptativo para un adolescente puede no serlo tanto para una persona mayor y viceversa, por lo que la comprensión del comportamiento en los diferentes momentos evolutivos ha de tener en cuenta esas circunstancias cambiantes.

Por otra parte, el desarrollo inevitablemente implica seleccionar unas ciertas trayectorias evolutivas y no otras. Como se propone desde la teoría SOC de Baltes (ver el capítulo anterior), adaptarse es en gran medida especializarse, escogiendo ciertas actividades, lugares y personas que parecen más adecuados para conseguir nuestras metas, lo que implica, inevitablemente, dejar de lado otras posibilidades.

La propuesta de Carstensen trata de porqué, a medida que envejecemos, en general tiende a reducirse el tamaño de nuestras redes sociales. De acuerdo con esta autora, sin embargo este descenso es muy selectivo y afecta sobre todo a los contactos más accesorios, más superficiales, mientras que las relaciones más estrechas permanecen básicamente intactas con la edad. Esta tendencia a seleccionar los contactos sociales especialmente íntimos, descartando los más superficiales, parece iniciarse en la mediana edad. Así, en un estudio con personas de 10, 30, 40 y 50 años, Carstensen (1992) estudió la frecuencia de contacto con diversas figuras sociales y comprobó cómo las reducciones de contacto con conocidos eran apreciables de manera bastante temprana ya en la adultez. Sin embargo, estas reducciones no se apreciaron en absoluto con otras figuras con las que se tenía un contacto y una relación afectiva estrecha (por ejemplo, los padres, la pareja, etc.) Este patrón es consistente con la presencia de un proceso de selección que comienza ya desde el principio de la adultez y por el que vamos excluyendo de nuestra red social a los compañeros más superficiales, manteniendo en cambio el núcleo de aquellos con los que mantenemos una relación más cercana. Este proceso continúa (e incluso se acentúa) si tenemos en cuenta a las personas mayores

Así, Carstensen (Carstensen, Isaacowitz y Charles, 1999; Charles y Carstensen, 2009), describe el desarrollo emocional durante todo el ciclo vital en una manera de relacionarse con otros con una finalidad particular en cada uno de los momentos evolutivos. Los niños fortalecen o no el desarrollo del apego en la búsqueda de satisfacción de necesidades, las cuales están estrechamente vinculadas con su sistema más próximo y los patrones de crianza que se asumen en el núcleo familiar y sus cuidadores. Más tarde el vínculo familiar se extiende a la red social de pares dada en la escolaridad y el compartir con los compañeros de escuela. En la adolescencia se consolidan los grupos sociales entre pares y se entra a conocer múltiples redes sociales, se tiende a pertenecer a grupos amplios y de índole diferente, se asume conocer nuevas personas de confianza para la confidencialidad y se empieza a descubrir la vida en pareja.

Por lo que respecta a la adultez, en ella las personas suelen orientar sus redes sociales hacia el trabajo y hacia pequeños círculos de confianza, mucho menores que en la adolescencia. También se vuelve a dar importancia a los vínculos familiares y quizá el interés ya no está en conocer muchas personas, sino en fortalecer los lazos ya existentes. Finalmente, las personas mayores pierden o reducen su red social asociada al trabajo y acostumbran a apoyarse en un grupo de personas más reducido e íntimo y sólido como es la pareja, la familia nuclear y los amigos de toda la vida.

Con todo lo anterior se concluye que en el transcurrir del tiempo se tiende a disminuir la extensión de las redes sociales, mientras al mismo tiempo se mantienen ciertos vínculos muy íntimos durante toda la vida.

Para explicar esta tendencia, Carstensen diferencia entre dos tipos de metas fundamentales a las que puede estar dirigida la actividad y los contactos sociales:

- Por una parte, el comportamiento social puede estar motivado por un deseo de buscar información, de aprender. Así, a partir del contacto social la persona es capaz de adquirir conocimiento cultural y personalmente relevante y de ser cada vez más competente en habilidades diversas.
- Por otra parte, el contacto social también puede estar motivado por el deseo de apoyo emocional y regulación de los sentimientos, de manera que los otros nos ayudan a sentirnos bien y a evitar estados emocionales negativos. Esta categoría incorporaría también el deseo de encontrar significado en la vida, de establecer relaciones de intimidad con otros y de sentirse vinculado a grupos y personas.

Una vez diferenciados estos motivos, Carstensen y sus colaboradores (Carstensen, Isaacowitz y Charles, 1999) plantean que las tendencias evolutivas de estos dos motivos siguen trayectorias

diferentes. Así, los motivos relacionados con la adquisición de información son muy importantes en la infancia, pero van disminuyendo poco a poco durante la adultez, a medida que el futuro se contempla como algo cada vez más limitado. Por el contrario, los motivos emocionales, que también son muy elevados durante la infancia, tienden a tener relativamente menos importancia durante la adolescencia y adultez temprana, para adquirir nuevamente preeminencia en las últimas décadas de la vida. De esta manera, mientras los motivos de búsqueda de conocimiento disminuyen a medida que envejecemos, los motivos emocionales se incrementan.

Este hecho provoca que las personas mayores, a la hora de escoger personas con las que tener contacto social, seleccionen precisamente aquellas que con más probabilidades van a proporcionar satisfacciones emocionales, es decir, aquellos que ya son conocidos y con los que ya existía una relación estrecha, que son precisamente aquellos cuyo comportamiento es predecible y ha proporcionado en el pasado emociones positivas (Friedickson y Carstensen, 1990). Los contactos relativamente novedosos o más superficiales, que quizá se ajustan más a una búsqueda de información, son descartados a medida que la persona envejece. Globalmente tenemos una disminución de contactos, pero una disminución altamente selectiva: se sacrifican los menos superficiales y se intentan mantener a toda costa aquellos más cercanos, que proporcionan mayor recompensa emocional.

Esta mayor importancia de lo emocional en las personas mayores se ha comprobado también en estudios de memoria incidental. En ellos, se hacían leer a jóvenes y personas mayores pasajes de textos neutros y emocionalmente cargados. Si lo emocional fuese especialmente relevante para los mayores, estos tenderían posteriormente a recordar de esos pasajes los aspectos afectivos (con independencia de que el recuerdo fuese globalmente menor en los mayores que en los jóvenes). Los resultados obtenidos muestran el material recordado era de tipo afectivo en mayor proporción entre los mayores que entre los jóvenes (Carstensen y Turk-Charles, 1994).

Pero quizá el supuesto fundamental de la teoría de Carstensen (y su mayor originalidad) es que el determinante más importante del cambio en el balance entre un comportamiento social dirigido a la búsqueda de la información y dirigido a la emoción no es la edad por sí misma, sino más bien la percepción y valoración del tiempo que queda hasta determinado final (Carstensen, 2006). Así, envejecer supone un cambio en la perspectiva temporal de la persona: cada vez se es más consciente de que queda menos tiempo de vida, con lo que es difícil encontrar sentido a metas y objetivos a largo plazo que quizá eran los que regían nuestra vida en la mediana edad (Withbourne, 1985; Brandtstädter, Wentura y Greve, 1993).

En el caso de las metas diferenciadas por Carstensen, cuando el tiempo se evalúa como ilimitado, o el final no se ve en un futuro cercano, la persona tiende a priorizar metas relacionadas con la búsqueda de información, con la novedad, aun a costa del retraso en la consecución de recompensas emocionales inmediatas. Por el contrario, cuando el tiempo es percibido como limitado, cuando el fin se vislumbra cercano, la persona tiende a implicarse especialmente en comportamientos sociales relacionados con estados emocionales y de los que derive una satisfacción y un significado inmediato de carácter emocional. De una orientación al futuro la persona pasa a una orientación al presente. Es en este sentido en el que Carstensen, Isaacowitz y Charles (1999) hablan de que las motivaciones informacionales y emocionales también pueden ser contempladas como una motivación hacia la preparación para el futuro y hacia la satisfacción en el mismo momento, respectivamente.

Obviamente, el envejecimiento y la vejez están indisolublemente unidos a una dimensión temporal y, en concreto, relacionado con una disminución del tiempo de vida. En este sentido, la percepción del tiempo, sea consciente o no, a medida que se envejece cada vez incluye más la noción de limitación y acercamiento a un fin. Es únicamente en este sentido en el que podemos hablar de un cambio en el balance de motivos sociales (menos búsqueda de información, más emoción) en la segunda mitad de la vida, y no porque este cambio esté ligado de manera intrínseca al hecho de envejecer. En sucesivos estudios, Carstensen ha tratado de diferenciar ambos factores (la edad y la perspectiva de futuro), confirmando que el cambio en las metas se ve influido más por el segundo de los factores que por el primero (Carstensen y Friedickson, 1998; Fung, Carstensen y Lutz, 1999).

En resumen, la propuesta de Carstensen enfatiza el valor del tiempo percibido como un motivador esencial que potencia los intentos de conseguir ciertas metas sociales u otras. Cuando el tiempo se percibe limitado, lo afectivo tiene un valor especial. Cuando no existen presiones temporales, las personas pueden invertir su esfuerzo en actividades que puedan tener una mayor rentabilidad a largo plazo, arriesgándose incluso a tener costes. En tanto el envejecimiento es un proceso inherentemente temporal marcado por un final, los motivos de las personas tienden a cambiar en función de su posición en el ciclo vital. Este cambio en motivaciones y valores determinado por la percepción del tiempo lo hemos analizado desde el punto de vista del comportamiento social y de la selección de unas y otras figuras con las que interaccionar, pero sin duda podría darse también en otras esferas de la vida.

Por último, es precisamente este énfasis en el aspecto emocional del comportamiento a medida que se envejece, lo que dota a la teoría de Carstensen (como veremos más adelante en las ilustraciones empíricas) de importantes implicaciones respecto al desarrollo emocional y

las emociones en la vejez. Carstensen y sus colaboradores (Carstensen, Isaacowitz y Charles, 1999, Scheibe y Carstensen, 2010) plantean que no sólo lo emocional tiene mayor importancia en la vejez, sino que la calidad de las emociones es cualitativamente diferente en la vejez. Atribuyen este cambio a tres factores:

- El primero de ellos, directamente relacionado con las propuestas anteriores, es que la selección de contactos sociales importantes desde un punto de vista emocional contribuye a que estos tiendan a circunscribirse a personas con las que se tiene una relación emocional muy positiva. Las personas mayores interactúan con menos personas, pero con las más importantes para ellos y las que más satisfacciones les proporcionan.
- En segundo lugar, al llegar a la vejez, la historia de relación con cada uno de los contactos sociales que se mantienen suele ser muy larga. Esto aumenta las probabilidades no sólo de que la persona mayor se sienta necesitado por los demás, sino de que se hayan desarrollado a lo largo de esos años de relación un gran conocimiento mutuo, que puede revertir en mejores estrategias para sobrellevar las dificultades, solucionar conflictos y maximizar el grado de satisfacción que se extrae de la relación.
- Por último, el alivio de las preocupaciones que puede provocar el futuro, el reconocimiento de la finitud de la vida y la aceptación de lo ya vivido, puede dejar el terreno libre a las personas mayores para que se concentren en encontrar significado a la vida, en valorar mucho más de lo que disponen en el presente y, en suma, en colocar la calidad emocional en el centro de su vida.

De esta manera, y siguiendo el enfoque de relativo optimismo que encontramos en las teorías del ciclo vital, Carstensen parece sugerir que el dominio de las emociones puede incluso experimentar cambios positivos asociados a la edad, y no pérdidas (Levenson, Carstensen y Gottman, 1993, Carstensen, Gottman y Levenson, 1995, Scheibe y Carstensen, 2010). Los mayores parecen disponer de una experiencia emocional más diferenciada y mencionan más frecuentemente que los jóvenes experimentar emociones mezcladas, o incluso a veces contradictorias, ante una misma situación. Carstensen, Pasupathi, Mayr y Nesselroade (2000) encuentran además que, a lo largo del día, la duración de periodos marcados por las emociones positivas típicamente es mayor en las personas de más edad que en los jóvenes.

3.4. Metas, bienestar y salud

Un último aspecto relevante en relación con las metas son sus consecuencias en relación con el bienestar. En este sentido, repasaremos cuáles son las implicaciones para el bienestar de las

metas, y en concreto de las metas que suelen manifestar las personas mayores. En relación a la vejez, la salud es, como hemos visto, un ámbito principal, ya que supone un desafío particularmente relevante para el establecimiento, abandono o mantenimiento de ciertas metas, con las implicaciones que ello puede tener para el bienestar personal.

3.4.1. Metas y bienestar personal

En anteriores apartados de este capítulo hemos subrayado la conexión que las metas pueden tener con variables subjetivas tan importantes como la autoestima, la satisfacción o el bienestar. En general, se piensa, y la investigación así lo avala, que tener metas de futuro y esforzarse por conseguirlas es uno de los criterios determinantes del bienestar, con independencia de la etapa de la vida en la que nos encontremos (para una revisión, ver Wiese, 2007).

Hemos descrito como una de las funciones principales de las metas el servir de contexto evaluativo para determinar, al menos en parte, la dimensión afectiva de la persona y la valoración que hacemos de nuestro presente. Esta valoración surge, al menos en parte, de la comparación entre cómo vemos nuestro estado actual y donde situamos nuestras metas. Si esta distancia es excesiva, se supone que nuestro bienestar, nuestra felicidad, podría resentirse.

De esta manera, la satisfacción con nuestra vida depende, al menos en parte, de la distancia percibida en la que están situadas nuestras metas, y el grado en el que nos vemos capaces de recorrer esa distancia, es decir, de conseguir ser aquello que nos gustaría ser. Obviamente, con las 'metas negativas' (los miedos, los temores, aquello en lo que queremos evitar caer) las cosas funcionan al revés: a mayor distancia, mayor bienestar, más salvaguardado se encuentra nuestro autoconcepto. De esta manera, si bien disponer y perseguir metas es claramente un predictor de satisfacción, como demuestran numerosos estudios (ver, por ejemplo, Schmuck y Sheldon, 2001), las metas también pueden convertirse en una fuente de insatisfacción si nos parecen poco realistas o exceden nuestros recursos. En una palabra, si se encuentran demasiado lejos de nuestra situación actual (Rothermund y Brandtstädter, 2003). Como hemos visto, en la vejez, cuando los recursos tienden a menguar y la perspectiva de futuro se acorta, reducir distancias entre estados actuales y metas puede ser particularmente crítico para mantener el bienestar y la satisfacción.

En coherencia con este marco explicativo, el cambio de metas a lo largo de la vida puede implicar un cambio en la orientación motivacional de las metas. Así, si tenemos en cuenta

(como vimos en el primer capítulo) que las metas evolutivas pueden ser de tres tipos, el crecimiento, el mantenimiento y la regulación de la pérdida (Baltes, 1997; Baltes, Lindenberger y Staudinger, 2006; Baltes y Smith, 2003), sería predecible que la saliencia de cada tipo de meta cambiara a medida que se envejece, como reflejo de la reducción de recursos, el aumento de obstáculos y la reducción de la perspectiva temporal que implica hacerse mayor. Así, mientras los jóvenes tienen a su disposición gran cantidad de recursos, la orientación hacia el crecimiento se vería favorecida. Sin embargo, las personas mayores tienen menos recursos para conseguir nuevos hitos, al mismo tiempo que la probabilidad de experimentar pérdidas aumenta. Por ello, el foco de sus metas tendería a ser el mantenimiento de lo ya conseguido o, en todo caso, la prevención de pérdidas. Este cambio de tendencia tendría que reflejarse en términos de bienestar: mientras para los jóvenes la satisfacción estaría más vinculada al crecimiento, a conseguir nuevas metas, en la vejez el bienestar se asociaría, por el contrario, a una orientación hacia la estabilidad y el mantenimiento (Ebner, Freund y Baltes, 2006). Los datos de Ogilvie, Rose y Happen (2001) también van en el mismo sentido: mientras los jóvenes están especialmente orientados hacia metas de adquisición, en los mayores son más numerosas las metas de mantenimiento. De manera similar, otros estudios han obtenido resultados similares con muestras más jóvenes, indicando que tener metas de tipo intrínseco (desarrollo personal, relaciones interpersonales, ayuda a otros) está asociado con el bienestar (Kasser y Ryan, 2001, Salmela-Aro y Nurmi, 1997, Schmuck, 2001). Sin embargo, como hemos comentado, esta asociación podría tener sentido para los jóvenes, pero no para los mayores.

Además, tiene sentido que los mayores valoren especialmente el mantenimiento de sus estados actuales, ya que están en un momento de la vida en la que han acumulado muchas ganancias, han conseguido ya muchas cosas, y conservarlas puede ser más motivante que desear más (Brunstein, Schultheiss y Maier, 1999). Así, parecería lógico que para los mayores las metas no sólo fueran más modestas, sino que básicamente se concibieran como una extensión de los estados presentes, y que precisamente de ello extrajesen bienestar. Algunos estudios así lo corroboran (Timmer, Steverink, Stevens y Dittmann-Kohli, 2003).

Además de los cambios esperados en la orientación y contenido de las metas debidos a los cambios en recursos, oportunidades y perspectiva temporal, como hemos visto en apartados anteriores las metas también reflejan, al menos en parte, las expectativas normativas sobre el ciclo vital, es decir los temas o desafíos evolutivos ordenados por edad que se organizan en creencias sobre fases vitales y qué debería la persona alcanzar en cada una de ellas.

En este sentido, se ha propuesto que las metas que se corresponden con las tareas evolutivas propias de una etapa determinada son más adaptativas y, por ello, deberían contribuir en

mayor medida al bienestar de la persona (Nurmi y Salmela-Aro, 2006). Por ejemplo, algunos estudios han encontrado que los jóvenes que informan de metas relacionadas con la formación de una familia y las relaciones interpersonales (aspectos que se supone son claves de la etapa en la que están), también son los que muestran un mayor nivel de bienestar, o al menos mayor que los jóvenes que tienen otro tipo de metas (Salmela-Aro y Nurmi, 1997). Sin embargo, la evidencia no es total, ya que la relación entre ajuste de metas a etapa y bienestar no parece suceder así en todos los casos. Por ejemplo, aunque se ha propuesto como tarea fundamental de la adolescencia trabajar sobre las cuestiones de identidad y definición del propio yo, mantener metas relacionadas con ello en esa etapa de la vida (p.e. metas centradas en uno mismo) parece estar relacionado más bien con un menor bienestar de esos adolescentes (Salmela-Aro, Pennanen y Nurmi, 2001) y con una menor satisfacción con la vida (Cross y Markus, 1991).

Cross y Markus (1991) encontraron que, con independencia de la edad, aquellas personas con menor satisfacción vital tendían a generar selves posibles positivos (deseados) en el ámbito de las características personales, quizá indicando un deseo de cambiar alguna de esas 'formas de ser' o atributos personales en el futuro. En cambio, las personas con alta satisfacción vital generaban más selves posibles en el ámbito ocupacional, familiar y de la salud.

Smith y Freund (2002), utilizando una muestra exclusivamente compuesta por personas mayores y un diseño longitudinal, encontraron que los selves deseados se relacionaban menos con el bienestar que los selves no deseados (los miedos y temores). Cuando se añadía, en el segundo punto de medida, un miedo en relación con la salud, era cuando se producía en mayor declive en la satisfacción con la vida.

Todas las investigaciones repasadas hasta el momento se refieren al bienestar utilizando conceptos como satisfacción con la vida o bienestar subjetivo. Como vimos en el capítulo dos, estos conceptos comparten una misma perspectiva sobre el bienestar, que calificamos como 'perspectiva hedónica', y que se caracterizaba por estar orientada al presente, al balance entre cosas buenas y malas de nuestra vida, a una evaluación cognitiva de nuestra situación actual.

Pero como vimos en ese mismo capítulo, existe una perspectiva alternativa sobre el bienestar, denominada 'eudaimónica', que lo concibe no orientado a la evaluación presente, sino orientado al futuro, en función de hasta qué punto creemos que somos capaces de crecer y lograr nuestro potencial de desarrollo.

Esta concepción eudaimónica, en apariencia, está íntimamente ligada a la idea de metas., incluso más que la perspectiva hedónica. Así, en la caracterización multidimensional del bienestar de Ryff (1989a), las dos dimensiones más ligadas a la eudaimonía, propósito en la

vida y crecimiento personal, hacen referencia directa a disponer de metas personales significativas, al progreso hacia el logro de esas metas y a un sentimiento de autodesarrollo.

De esta manera, podríamos pensar que las personas con metas más claras tendrían mayor nivel de bienestar eudaimónico. Sin embargo, la naturaleza de esas metas, particularmente en la vejez, puede ser decisiva en esa predicción. Así, las personas mayores orientadas hacia metas de crecimiento sí tendrían mayores niveles de bienestar eudaimónico, pero necesariamente las personas mayores orientadas hacia el mantenimiento. Dado que este último tipo de orientación es más frecuente en la vejez, como hemos visto, este resultado es coherente con un descenso global de los niveles de bienestar eudaimónico en la vejez, un resultado que avala la literatura sobre el tema. (Ryff, 1995, 2008).

3.4.2. La salud como meta en la vejez

Precisamente a medida que la persona abandona la mediana edad y se interna en la vejez, es cuando las cuestiones relacionadas con la salud adquieren una mayor relevancia (Hooker, 1992). Este énfasis, de hecho, comienza ya hacia los 40 años y se intensifica en la vejez, siendo una importante influencia sobre el comportamiento orientado a lograr una mejor salud o a evitar posibles resultados no deseados en este ámbito. Este énfasis en la salud, que aparece de manera consistente en los estudios sobre metas en personas mayores, no es sorprendente desde el momento en que tenemos en cuenta que no sólo la salud es un ámbito menos dado por supuesto en la vejez (en comparación con otros momentos de la vida), sino que tener salud es un prerrequisito fundamental para poder desarrollar otras actividades y para lograr otra serie de metas.

Por ejemplo, en el estudio de Hooker (1992) se observó no sólo que los mayores mencionaban más selves posibles deseados y no deseados referidos a la salud, el funcionamiento físico o la capacidad para mantener la autonomía, sino también que los mayores que tenían selves posibles deseados en esos dominios percibían mejor su salud que aquellos que reportaban selves no deseados. Esos mayores con selves posibles en el ámbito de la salud también tenían un sentido de control sobre su salud mayor que las personas mayores entre cuyos selves posibles no se encontraba ninguno relacionado con la salud (Frazier, 2002).

Esta influencia no se limita a la percepción de salud. Hooker y Kaus (1994) encontraron que las personas que tenían selves posibles en relación con la salud, y que se sentían capaces de lograrlos en el futuro, se implicaban en mayor medida en comportamientos destinados a

mantener o mejorar su salud, como seguir una dieta sana, hacer ejercicio, ir regularmente al médico o evitar el tabaco y el alcohol.

Sin embargo, no todos los datos de los que disponemos apuntan a las mismas conclusiones. Por ejemplo, en el estudio de Smith y Freund (2002), quienes evaluaron los selves posibles de una muestra de mayores dos veces, con cuatro años de diferencia, encontraron que los objetivos relativos a la salud eran los que mostraban mayor estabilidad. Sin embargo, cuando una persona 'abandonaba' un objetivo de este tipo (es decir, mencionaba la primera vez tanto un self deseado como no deseado en relación a la salud, pero este emparejamiento no se daba cuatro años más tarde), su salud subjetiva y satisfacción vital tendía a aumentar, y no a decrecer. Estos autores interpretan este hallazgo aludiendo a que focalizarse excesivamente y durante mucho tiempo en objetivos en relación con la salud puede ser un reflejo de una preocupación crónica, de una rumiación, más que una fuerza motivacional para hacer algo al respecto.

En un estudio con tres cohortes de mayores diferentes (de 60, 70 y 80 años), Frazier, Hooker, et al. (2002) trataron de averiguar si la saliencia de la salud entre los objetivos vitales de los mayores era una respuesta a procesos biológicos y madurativos de carácter normativo, o bien si aparecía en respuesta a la presencia de problemas específicos de salud que son más probables en la vejez, como ciertas enfermedades crónicas. De acuerdo con ellos, la aparición de la salud como ámbito motivacional relevante respondería más a la segunda razón, la presencia de problemas concretos de salud, que a la primera, un cambio normativo. Entre las razones que llevan a pensar así, está que la evaluación subjetiva de la salud apenas cambia, y es muy optimista, entre los mayores si no tienen problemas significativos de salud. A medida que pasan los años, la presencia de problemas en este ámbito se haría más probable, lo que dificultaría que los mayores pudieran mantener una percepción positiva de su salud, y este cambio se reflejaría al mismo tiempo en la presencia de la salud entre las metas, tanto deseadas como no deseadas.

Como era esperable, en este estudio el grupo más mayor mencionó con mayor probabilidad selves posibles relacionados con la salud. Entre los mayores, el 45% de respuestas generadas tenían que ver con la salud, mientras que en la cohorte de mayores más jóvenes, sólo el 11%. En cambio, los selves posibles relacionados con el ocio eran mucho más frecuentes entre estos (45%) que entre aquellos (4%). Respecto a la influencia de los problemas de salud, eran predictores muy potentes de la presencia de posible selves relacionados con la salud: aquellos mayores, con independencia de la edad, que tenían mejor funcionamiento físico y mayor bienestar emocional, eran los que menos selves relacionados con la salud reportaban.

Así, la salud es un dominio central para las metas de los mayores, pero parece especialmente importante para los muy mayores (a partir de los 70 años) y, especialmente, para aquellos que tienen problemas reales de salud. En ellos, es especialmente probable la presencia de miedos, de selves no deseados en relación con la salud (Smith y Freund, 2002). En la misma línea Peterman y Lecci (2007) mencionan que aquellas personas más preocupadas por su salud son, precisamente, las que con mayor probabilidad tienen a situar la salud como ámbito prioritario de sus proyectos personales.

Partiendo de la idea de que ajustarse a una situación desafiante implica darle significado, Frazier, Cotrell y Hooker (2003) diseñaron una investigación para ver hasta qué punto las personas afectadas por enfermedades crónicas graves (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer en estadios tempranos) las tenían integradas dentro de sus representaciones de futuro. Partían de la hipótesis de que la falta de integración (es decir, si la enfermedad no se encontraba dentro de su repertorio de selves posibles) podría reflejar negación y repercutir en un peor ajuste.

Sus resultados muestran que los mayores afectados por esas enfermedades incluían significativamente más selves posibles relacionados con ellas. Así, los pacientes de Alzheimer era más probable que reportaran metas en relación con estados cognitivos, mientras que los enfermos de Parkinson lo hacían con metas en relación con la movilidad y el estado físico. Las metas relacionadas con la salud eran muy frecuentes en ambos grupos: hasta el 97% de los enfermos de Parkinson y el 59% de los enfermos de Alzheimer reportaban metas en relación con la salud. De esta manera, se puede concluir que la enfermedad crónica representa un reto que tiene una influencia significativa sobre el yo del paciente.

Por último, un último tema interesante es la relación que podría existir entre esta orientación hacia la salud en la vejez y el bienestar. ¿Son los mayores orientados hacia metas relacionadas con la salud los que están más satisfechos o los que menos? De acuerdo con el razonamiento expuesto anteriormente, las metas de salud reflejarían una orientación hacia el mantenimiento. De hecho, se esperaría que la filosofía de 'que me quede como estoy' tuviera el máximo sentido precisamente en el ámbito de la salud, quizá el ámbito más amenazado con el paso de los años. Si precisamente este tipo de orientación hacia el mantenimiento es adaptativa en la vejez, como vimos en el apartado anterior, podríamos esperar que tener metas en relación con la salud implicase un mayor bienestar.

Sin embargo, las evidencias de esta asociación entre 'conservar lo que se tiene' y el bienestar en la vejez no son del todo unívocas en el caso de la salud. Por ejemplo, investigadores como Lapierre, Bouffard y Bastin (1997) encontraron correlaciones modestas, pero significativas,

entre el contenido de las metas en una muestra de personas mayores y ciertas dimensiones de su bienestar subjetivo. Así, contrariamente a las expectativas ya comentadas, las personas mayores que mencionaban metas en relación al desarrollo personal tendían a estar más satisfechas con la vida, a percibirse más competentes y útiles y a tener unas expectativas más optimistas de futuro. Sus datos también muestran que, cuando las metas se centraban en la preservación de la salud, existía una correlación negativa con la salud percibida y la percepción de competencia personal.

Centrándonos específicamente en la salud, los datos aportados por Lapierre y cols. (2001) son especialmente sorprendentes, ya que encontraron una relación entre las metas relativas a la salud y diversas variables sociodemográficas. Las personas mayores de su estudio que mencionaron metas en relación a la salud tendían a tener menor nivel educativo, menor autonomía y a vivir solos con mayor probabilidad. Sin embargo, aquellas que mencionaban metas en relación con el desarrollo personal (ganancias respecto a la situación actual, más que preservación de esa situación) tendían a tener mayor autonomía, más estatus socioeconómico y educación, y vivían con su cónyuge y/o hijos con mayor frecuencia. Hasta ahí, en principio, ningún problema. Sin embargo, de acuerdo con los mismos autores, (Lapierre, Bouffard y Bastin, 1997), los mayores cuyas metas se centraban en la salud son también los que tienden a percibir no sólo una peor salud subjetiva, sino también una falta de significado en la vida y una menor satisfacción vital. Sin embargo, estas correlaciones, eran en todo caso muy modestas.

CUARTO CAPÍTULO

OBJETIVOS Y EXPECTATIVAS DE RESULTADOS

4.1. Objetivo General

El objetivo principal del trabajo se centra en el examen de las metas evolutivas y representaciones de futuro en una muestra de jóvenes y de personas mayores, y en especial el papel que tiene la salud en ellas en la vejez.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar y comparar los contenidos de las metas (tanto positivas, deseos, como negativas, temores) que tienen jóvenes y mayores, y entre los mayores, grupos con diferente nivel de salud.
- Identificar y comparar la orientación motivacional de las metas (ganancias versus pérdidas) que tienen jóvenes y mayores, y entre los mayores, grupos con diferente nivel de salud.
- Determinar los predictores de la orientación motivacional de las metas. Además de la edad y la salud, se examinará el peso de variables como la perspectiva temporal futura, la autonomía, el grado de participación social, el estilo de vida o el nivel educativo.
- Determinar la relación entre el contenido y orientación motivacional de las metas y diferentes tipos de bienestar (hedónico y eudaimónico).

4.3. Expectativas de resultados

Contenidos de las metas

- El contenido de las metas será diferente en función de la edad.
 - Entre los jóvenes, serán mayoritarios los objetivos relacionados con la etapa evolutiva en la que están (juventud): objetivos educacionales, familiares, laborales. Implicarán cambios de rol y logros.
 - Entre los mayores, las metas centradas en la salud serán comparativamente mucho más frecuentes que entre los jóvenes.
 - Pese a esa importancia de la salud, los mayores también serán capaces de generar metas en dominios de tipo interpersonal, ocio y logro de bienestar presente.
 - Las metas centradas en la salud tendrán más presencia cuando se pregunte por metas 'negativas' (temores) que cuando se generen en términos positivos (deseos).
- Entre los mayores, el contenido de las metas será diferente en función del estado de salud.
 - La importancia de las metas en relación con la salud será mayor en el grupo de mayores con problemas crónicos en esta dimensión.
 - Las personas con enfermedades crónicas tendrán más metas centradas en la salud que las personas mayores sanas (y que los jóvenes, por supuesto), especialmente cuando se les pregunte por temores futuros.

Orientación motivacional de las metas

- Las personas mayores serán capaces de generar metas que impliquen cambio y mejora.
 - Pese a ello, el balance entre estabilidad y crecimiento se inclinará más hacia la estabilidad que en el caso de los jóvenes, entre quienes la estabilidad tendrá muy poca presencia, ya que estarán fundamentalmente orientados hacia la mejora y el crecimiento.
 - Las personas con enfermedades crónicas mencionarán especialmente más metas relacionadas con la estabilidad, cuando se las compare con personas mayores sin enfermedades crónicas.

- La presencia de una perspectiva temporal reducida será un especial buen predictor, en las muestras de personas mayores, de una tendencia hacia la estabilidad más que hacia el crecimiento. Es decir, aquellos mayores que tengan menor expectativa temporal (con independencia de su edad), mencionan menos a menudo metas que impliquen cambios a mejor respecto a la situación actual.
- De manera similar, una menor expectativa temporal estará asociada a la presencia de mayor número de metas relacionadas con la salud.

Metas y bienestar

- Las medidas de bienestar hedónico serán similares entre los tres grupos (jóvenes, mayores activos, mayores con enfermedades crónicas), mientras las de bienestar eudaimónico serán más elevadas en jóvenes que en mayores, y en mayores activos que en mayores con enfermedades crónicas.
- Una orientación motivacional de las metas hacia la ganancia debería suponer un mayor bienestar, especialmente en los grupos de mayores. Este mayor bienestar será especialmente acusado en el caso del bienestar eudaimónico.
- Una orientación motivacional de las metas hacia el mantenimiento o hacia la salud debería suponer un menor bienestar, especialmente en grupos de mayores. Este menor bienestar será especialmente acusado en el caso del bienestar eudaimónico.

Perspectiva temporal y bienestar

- La perspectiva temporal está positivamente relacionada con el bienestar en la vejez.
- La presencia de temores futuros relacionados con la salud será, en las muestras de mayores, un predictor de un menor bienestar.

Metas y estilo de vida

- La presencia de metas en relación con la salud y su mantenimiento (ya sea como deseos de futuro, ya sea como temores) estará asociada, especialmente entre las personas mayores, a unos estilos de vida más saludables. Por ello se espera que el grupo de enfermos crónicos puntúe especialmente alto en cuestionarios de estilos de vida saludables

- Con independencia del grupo al que pertenezcan, tener metas en relación con la salud será un factor que prediga puntuaciones más altas en estilos de vida saludables.

SEGUNDA PARTE

PLANTEAMIENTO Y REALIZACIÓN DEL ESTUDIO EMPIRICO

QUINTO CAPÍTULO

MÉTODO

5.1. Participantes

La muestra que participó en el estudio estuvo constituida por 210 personas. El muestreo fue de tipo intencional, atendiendo a criterios de edad (personas mayores de 55 años, personas de entre 18 y 29 años) y de salud entre los mayores (un subgrupo con problemas crónicos de salud, otro sin este tipo de problemas). Así, la muestra se conformó en tres grupos:

- Grupo 1 (mayores activos): compuesto por 67 personas (31,9%) de la muestra total) mayores de 55 años sanos. Los criterios para formar parte de este grupo fueron, además de la edad, la ausencia en ellos de problemas crónicos de salud, o si los tenían, que estuvieran en un estado incipiente, estable, que no les implicara ir de manera regular a programas institucionales de control de las condiciones patológicas, las cuales si estaban presentes en el grupo 2 y además, que ninguno de ellos tomara más de cinco medicamentos diferentes al día. Para conseguir este grupo, se acudió al Aula Universitaria de Mayores de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Los estudiantes de estos cursos de extensión universitaria son personas mayores que voluntariamente desean participar en un curso, cuyos contenidos versaban, entre otros, sobre el proceso de envejecimiento, sus cambios, los problemas prevalentes de salud la vejez, la prevención y el autocuidado. Las personas de este grupo que participaron en el estudio fueron 32 que llevaban en el momento de recogida de la información tres años de trabajo académico en el Aula y otros 35 alumnos que acababan de ingresar en el Aula.
- Grupo 2 (mayores enfermos): compuesto por 65 personas (31,0%) de la muestra) mayores de 55 años que presentaban un problema crónico de salud lo suficientemente grave como para requerir de visitas regulares a un programa control de alguna condición de enfermedad crónica en su institución de salud asignada. En concreto, eran personas afiliadas a una Entidad Promotora de Servicios de Salud (lo que en

España se denomina mutua) denominada Coomeva EPS SA, y que asistían de manera ambulatoria a los grupos de enfermos con problemas crónicos de salud, entre los que se encontraban personas con riesgo cardiovascular, diabetes mellitus, dislipidemias, falla cardiaca, insuficiencia renal o anticoagulados, entre otros. Los 65 miembros de este grupo en el momento de la recolección de los datos presentaba una situación estable y compensada de su estado de salud y podían desplazarse a la institución tanto para diligenciar el consentimiento informado, como para completar los instrumentos de recogida de datos.

- Grupo 3 (jóvenes): compuesto por 78 personas (37,1% de la muestra) de entre 18 y 29 años, sin problemas reportados de salud y estudiantes de pregrado de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Este grupo se extrajo de diferentes niveles dentro de la carrera universitaria. Así, de los ocho semestres de los que constan los estudios, 36 participantes cursaban el séptimo semestre, 17 el sexto, 12 el quinto y otros 13 el cuarto nivel.

De esta manera, los **criterios de inclusión** para ser participante del estudio fueron:

- Ser una persona perteneciente a alguno de los tres grupos estructurados: enfermos crónicos, estudiantes del Aula Universitaria de Mayores, y alumnos de pregrado de enfermería.
- Participación voluntaria ratificada con la firma del consentimiento informado y con el diligenciamiento del instrumento.
- Disponer del tiempo necesario para participar en la reunión informativa, en la lectura del consentimiento informado y en la guía para el diligenciamiento del formato diseñado.

Por su parte, **Los criterios de exclusión** fueron los siguientes:

- No pertenecer a ninguno de los tres grupos establecidos.
- Tener una edad fuera de los intervalos considerados: 18-29 años en el caso de los jóvenes, menor de 55 años en el caso de los dos grupos de mayores. Por esta razón se retiraron del estudio diez estudiantes del grupo de jóvenes que tenían 30 años de edad o más.
- No disponer de la voluntad o del tiempo necesario para diligenciar el consentimiento informado y el instrumento.

- No tener firmado el consentimiento informado o incompleta la información del instrumento (por este motivo se retiraron del estudio diez formularios, que no se cuentan dentro de la muestra definitiva).
- Tener indicadores de salud, en el caso de estudiantes del aula, que hicieran sospechar de presencia de enfermedades crónicas similares a las que caracterizaban al grupo 2 (mayores con enfermedad crónica). En este caso, se eliminaron del estudio también diez personas del grupo 1 (mayores activos) que consumían más de cinco medicamentos diferentes al día y/o que reportaron problemas crónicos de salud.

En cuanto a las principales variables sociodemográficas, se distribuyeron de la siguiente manera en los tres grupos de participantes:

Con respecto al promedio de edad, la diferencia no fue significativa entre los dos grupos de mayores ($t=-1,345$; n.s.), como podemos observar en la siguiente tabla 3:

Edad					
Grupo	Media	N	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Mayores activos	65,54	67 (31,9%)	6,38	55	79
Mayores enfermos	67,22	65 (31,0%)	7,89	55	93
Jóvenes	22,17	78 (37,1%)	2,25	19	29
Total	49,95	210	21,19	19	93

Tabla 3. Promedio de edad de los participantes en el estudio

La distribución por género mostró que en todos los grupos había más mujeres que hombres. Tal situación puede deberse a que, por ejemplo, en los mayores activos, los hombres del medio sociocultural del estudio son particularmente reacios a pertenecer a grupos de la “tercera edad”; en el grupo de los enfermos crónicos porque poblacionalmente en los programas control hay más mujeres ya que se va acentuando el hecho demográfico de la viudez, más prevalente en la mujer y en los jóvenes universitarios porque la profesión enfermera ha sido una población tradicionalmente femenina. Esta diferencia, que fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 17,955$; $p < 0,0001$), se expresa en la siguiente tabla 4:

Género			
Grupo	Hombres	Mujeres	Total
Mayores activos	7 (10,4%)	60 (89,6%)	67
Mayores enfermos	25 (38,5%)	40 (61,5%)	65
Jóvenes	12 (15,4%)	66 (84,6%)	78
Total	44 (21,0%)	166 (79,0%)	210

Tabla 4. Distribución por sexo de los participantes en el estudio

En cuanto al estado civil, en los dos grupos de mayores el número de ellos que estaban casados era el colectivo más numeroso, aunque hay que destacar como, entre los mayores activos, fueron también particularmente frecuentes los solteros, viudos y los separados, mucho más que entre los mayores enfermos. Los jóvenes, como era lógico, estaban solteros en su casi totalidad. Vemos las frecuencias en esta tabla 5:

Estado civil					
Grupo	Casados	Viudos	Solteros	Separados	Total
Mayores activos	26 (38,8%)	14 (20,9%)	16 (23,9%)	11 (16,4%)	67
Mayores enfermos	47 (72,3%)	10 (15,4%)	6 (9,2%)	2 (3,1%)	65
Jóvenes	3 (3,8%)	0	75 (96,2%)	0	78
Total	76 (36,2%)	97 (46,2%)	24 (11,4%)	13 (6,2%)	210

Tabla 5. Distribución por estado civil de los participantes en el estudio

Relativo al nivel de estudios, observamos en la tabla 6 que sigue que mientras el grupo de jóvenes se concentraba entre aquellos con un título técnico y, en su gran mayoría, los que habían acabado la secundaria, en el grupo de mayores la distribución era más heterogénea, con algunos participantes que poseían un título de grado o incluso de postgrado y otros que sólo tenían estudios primarios o incluso menos.

Comparando los dos grupos de mayores, los enfermos tendían a tener un menor nivel de estudios que los mayores activos, esta diferencia resultó ser significativa ($\chi^2 = 15.644$; $p < 0,01$).

Nivel de estudios

Grupo	Posgrado	Grado	Técnico	Secundaria	Primaria	Sin estudios
Mayores activos	4 (6,0%)	10 (14,9%)	17 (25,4%)	20 (29,8%)	14 (20,9%)	2 (3,0%)
Mayores enfermos	7 (10,8%)	3 (4,6%)	13 (20,0%)	9 (13,8%)	26 (40,0%)	7 (10,8%)
Jóvenes	0	2 (2,6%)	10 (12,8%)	66 (84,6%)	0	0
Total	11 (5,2%)	15 (7,1%)	40 (19,1%)	95 (45,2%)	40 (19,1%)	9 (4,3%)

Tabla 6 .Distribución por nivel de escolaridad de los participantes en el estudio

Por último, la muestra pertenecía a estratos socioeconómicos medios en su mayoría, medida esta variable según los criterios de la factura de los servicios públicos (agua, gas, electricidad, teléfono) de las Empresas Públicas de Medellín (EPM), que diferencian seis estratos, del más acomodado (estrato 6) al menos acomodado (estrato 1). En este caso, no existieron diferencias significativas entre los diferentes grupos contemplados en esta variable, ni siquiera entre los dos grupos de mayores ($\chi^2 = 5,610$; n.s.). En este caso es destacable como dos personas no incluyeron ninguna respuesta a la pregunta sobre el estrato socioeconómico.

Estrato socioeconómico

Grupo	1	2	3	4	5	6	Total
Mayores activos	0	8 (12,3%)	27 (41,5%)	19 (29,2%)	10 (15,4%)	1 (1,5%)	65
Mayores enfermos	3 (4,6%)	8 (12,3%)	27 (41,5%)	14 (21,5%)	9 (13,8%)	4 (6,2%)	65
Jóvenes	5 (6,4%)	23 (29,5%)	43 (55,1%)	6 (7,7%)	1 (1,3%)	0	78
Total	8 (3,8%)	39 (18,8%)	97 (46,6%)	39 (18,8%)	20 (9,6%)	5 (2,4%)	208

Tabla 7. Distribución por estrato socioeconómico de los participantes en el estudio

5.2. Procedimiento y consideraciones éticas

El estudio fue diseñado durante cinco meses comprendidos de Febrero a Junio, inclusive, de 2010. En los meses de Mayo a Agosto del mismo año, se hicieron los trámites administrativos conducentes a la presentación y aprobación del proyecto de investigación en las dos instituciones involucradas: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y Coomeva EPS SA. Desde los inicios, el estudio fue diseñado con el rigor de las consideraciones éticas; por

tanto fue sometido primero a la revisión de un grupo de Investigación de categoría A según el escalafón de Colciencias, máximo ente oficial de la investigación en Colombia, luego se pasó a evaluación y fue aprobado por el Consejo de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y por los dos Comités de Ética, el primero, el de la institución educativa, y el segundo, el de la institución de salud.

- En la primera se presentó la ficha técnica del estudio y la carta de solicitud tanto al Consejo de la Facultad, como al Comité de Ética para que se pudieran recoger los datos de investigación de los dos grupos universitarios: Aula Universitaria de Mayores y estudiantes del pregrado de enfermería.
- En la segunda, se dirigió al Comité de Ética Regional del Sector Salud, la carta solicitando la autorización para que nos permitiesen ingresar allí para captar a la población de adultos mayores enfermos del estudio y el proyecto investigativo con su respectiva ficha.

Luego de la revisión de los documentos y de los ajustes realizados al instrumento, según las respectivas recomendaciones de ambos Comités de Ética, se procedió a la elaboración definitiva tanto del instrumento como del consentimiento informado, los cuales fueron revisados y diligenciados por cinco personas ajenas a los grupos y a los investigadores principales, quienes se encargarían posteriormente de acompañar el proceso de recolección de la información en los diferentes grupos, procedimiento realizado a manera de prueba piloto y cuyos documentos no fueron incluidos en los resultados del estudio. Estas personas fueron formadas en las diferentes preguntas del cuestionario, con respecto a lo que se solicitaba en cada pregunta y a la forma como debían orientar a las personas investigadas en el diligenciamiento de los instrumentos.

La recolección de la información se hizo en los meses de Agosto y Septiembre de 2010, los datos se recogieron en formularios individuales, pero con técnica grupal. Se programaban los diferentes grupos y subgrupos de personas voluntarias a los que previamente se había solicitado su participación, presencialmente en las diversas clases del Aula Universitaria de Mayores y de los alumnos de pregrado, y vía telefónica para las personas con enfermedades crónicas.

Luego se reunían en los espacios y momentos institucionales asignados y con técnica dirigida, se procedía a leer y a explicar brevemente en voz alta para todas las personas investigadas, el objetivo del estudio, su importancia, el posible impacto que podría alcanzarse con sus resultados. La información fue recolectada en diez momentos distintos y en espacios diferentes así: dos encuentros con el Aula Universitaria de Mayores, (una con el grupo antiguo y uno con el nuevo); tres reuniones con el grupo de enfermos crónicos y cinco con los

estudiantes de pregrado: una con estudiantes de cuarto nivel, una con los del quinto, una con los del sexto y dos con los del séptimo semestre académico.

Una vez todos los participantes fueron conocedores de los objetivos y repercusiones del estudio, les fue solicitado un consentimiento informado verbal y escrito que fue leído, comprendido y firmado por ellos, con su número de identificación y también por un testigo. Este testigo podía ser un compañero de grupo o una de las cinco personas que colaboraron en la recolección de la información en el estudio, en el caso de los alumnos universitarios, o de un acompañante o colaborador en el caso de los pacientes de enfermedades crónicas. Posteriormente uno de los investigadores revisaba dicho formato y si estaba correctamente completado, también lo firmaba para pasarlo al proceso de transcripción de la información y de lo contrario lo descartaba. Este procedimiento se ajusta a las consideraciones que sobre la ética en la investigación plantea González (2002).

Explícitamente se informó a los participantes de que podían retirarse del estudio en el momento que lo desearan o consideraran conveniente, y se les explicó que la información se manejaría con total confidencialidad, ya que todo lo expresado sería usado únicamente con fines investigativos, sin mencionar nombres. El consentimiento informado contenía, además de un encabezado con el logo institucional, el nombre de los responsables del estudio, fecha y el espacio para las firmas, y las siguientes consideraciones éticas planteadas en el Informe Belmont para la protección de sujetos humanos participantes en investigaciones (Department of Health, Education, and Welfare, 1979). En concreto, se incluyeron las siguientes:

- Respeto: Se garantiza a los participantes en el estudio que la información recolectada se mantendrá bajo absoluta reserva, se manejará con total confidencialidad y que en ningún caso serán divulgadas sus identidades, ya que todo lo expresado será usado únicamente con fines investigativos.
- Beneficencia No Maleficencia: El riesgo calculado para los participantes es mínimo, ya que no se realizará ningún procedimiento o intervención diferente a la educación o asistencia incidental de su cuidado.
- Justicia: Los resultados obtenidos serán compartidos con las instituciones colaboradoras y con los grupos de participantes que deseen conocerlos, para quienes se diseñarán estrategias grupales de divulgación. Se informa a los participantes que en ningún momento les serán asignados, ni solicitados aportes en dinero o en especie por concepto de participación en el estudio.

La participación en el estudio fue libre, gratuita y voluntaria. Todas las personas fueron tratadas como iguales, sin ningún tipo de discriminación, teniendo en cuenta su participación

voluntaria. Además, se consideró la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, referida a las normas científico-técnicas y administrativas para la investigación en salud con seres humanos, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (Londoño, Alvarado, Callas y Roselli, 1993).

Una vez firmado el consentimiento informado, se continuaba con el diligenciamiento del instrumento, guiado pregunta a pregunta por un investigador principal o por sus colaboradores, dando el tiempo suficiente para aclaraciones y respuestas. Hubo unos pocos casos, fundamentalmente con grupos de adultos mayores, en los cuales para poder avanzar uno de los colaboradores debió apoyar personalmente el proceso o acompañar a las personas una vez finalizada la entrega de los instrumentos por el resto del grupo.

El tiempo utilizado para completar los instrumentos, incluyendo el consentimiento informado, fue de 30 a 60 minutos en los subgrupos del Aula Universitaria de Mayores y de enfermos crónicos y de 15 a 30 en los alumnos de pregrado de enfermería.

5.3. Instrumentos

Los participantes en el estudio completaron un conjunto de 10 instrumentos, que se describen a continuación en el orden en el que estaban presentados.

5.3.1. Datos socio-demográficos

El primer instrumento presentado constaba de una serie de ocho preguntas con las que se trataba de elaborar un perfil sociodemográfico del participante.

Así, cada persona tenía que completar su **sexo**, con las dos opciones hombre o mujer; su **edad**, con espacio abierto para detallar el número de años cumplidos; la pertenencia a uno de los **tres grupos** establecidos por el estudio (Aula Universitaria de Mayores, enfermos crónicos de Coomeva o estudiantes de la Facultad de Enfermería); los **diagnósticos médicos conocidos**, con espacio abierto para anotarlos; el **estado civil**, cuyas opciones eran cuatro: casado o unión libre, viudo, soltero y separado o divorciado; el nivel máximo de **estudios** realizados de manera completa, con seis alternativas educación superior (nivel de posgrado), educación superior (nivel de grado o licenciatura), educación tecnológica o técnica, educación secundaria (bachillerato), educación primaria y sin estudios completos; la **ocupación laboral** que más tiempo ha desarrollado, que se recogió con una pregunta abierta, y finalmente el **estrato socioeconómico** al cual pertenecían los participantes, según la factura de los servicios públicos

del domicilio, donde las posibilidades van del 1 (nivel menos acomodado) al 6 (nivel más acomodado).

5.3.2. Relaciones y participación social

Con este cuestionario se pretendía obtener información acerca de la red social y participación de la persona que contestaba. Así, comprendía tres preguntas:

- Personas con las que convive: se preguntaba al participante si convivía o no con cinco figuras de su red social: pareja, hijos, nietos, otros familiares, otros no familiares. La persona podía contestar 'sí' a cuantas opciones se ajustasen a su situación.
- Frecuencia de la relación social: se preguntó al participante la frecuencia de relación con cinco figuras de la red social: hijos, nietos, padres, otros familiares y vecinos/amigos. Para cada uno de ellos, la persona debía marcar la frecuencia de relación utilizando una escala de cinco puntos: cada día, varios días a la semana, varios días al mes, algunas veces al año y nunca/casi nunca.
- Frecuencia de asistencia a entidades sociales: en este caso, el participante debía contestar la frecuencia con la que asistía a las siguientes entidades. Asociaciones de vecinos, asociaciones culturales o deportivas, centros religiosos, centros de mayores o jubilados, organizaciones de voluntariados u ONGs, asociaciones políticas o sindicales y asociaciones de mayores. Las respuestas se recogían marcando en una escala de cuatro puntos (nunca, en ocasiones, con frecuencia, siempre) aquel que mejor se ajustaba a la situación del participante.

5.3.3. Salud

En este caso, se pretendía recoger indicadores del estado de salud del participante. Se consideraron dos tipos de aproximaciones, una a partir de la valoración personal del estado de salud (salud subjetiva) y una segunda a partir de indicadores objetivos del estado de salud (salud objetiva).

En cuanto a la **salud subjetiva**, se recurrió a tres preguntas:

- En la primera, la persona debía valorar su estado de salud seleccionando una opción en una escala de cuatro puntos (excelente, bueno, regular, malo y muy malo)

- En la segunda, se pedía a la persona que comparase su salud con la de otras personas de su edad. En este caso, las opciones fueron tres (mejor que la salud de la mayoría, similar a la salud de la mayoría de mi edad o peor que la salud de la mayoría).
- En la tercera, se pidió a la persona que valorase directamente a qué edad, en años, equivalía su estado de salud, con el siguiente enunciado: 'Mi salud es comparable a la de una persona de _____ años de edad'.

En cuanto a la **salud objetiva**, se recogió el número de medicamentos diferentes que la persona tomaba cada día.

5.3.4. Autonomía funcional

Para valorar la autonomía funcional del participante se utilizó la escala jerárquica de actividades de la vida diaria de Siu, Reuben y Hays (1990). Esta escala era suficientemente corta y fácil de autocompletar como para ser un buen indicador de la autonomía.

La escala incluye siete actividades ordenadas por grado de dificultad:

- Realizar actividad física intensa, como caminar una hora sin descansar o practicar algún deporte (tenis, ciclismo, natación o atletismo-trote)
- Realizar trabajos fuertes en la casa, como limpiar ventanas, paredes o suelos
- Ir a comprar alimentos o ropa
- Utilizar medios de transporte
- Bajar y subir escaleras
- Bañarse o ducharse
- Vestirse (ponerse una camisa y atarse los botones o ponerse los zapatos).

Mientras las cuatro primeras corresponderían a actividades de tipo instrumental, las tres restantes son de carácter más bien básico. Para cada una de ellas el participante tenía que contestar escogiendo una de las tres posibles alternativas de respuesta: sólo puedo hacerlo si alguien me ayuda, lo hago solo pero con dificultad y soy capaz de hacerlo sin problemas.

5.3.5. Perspectiva Temporal Futura

Respecto a la perspectiva temporal futura, se utilizaron dos tipos de instrumentos para evaluarla.

En primer lugar, se utilizó la escala de la Perspectiva Temporal Futura (FTPS) de Carstensen y Lang (1996). Esta escala, que consta de 10 ítems, trata de evaluar cómo la persona percibe el tiempo que le queda por vivir, si como algo limitado o como algo psicológicamente infinito y abierto a cambios. Desafortunadamente, no se ha encontrado ninguna versión en español de la escala, con lo que nosotros mismos tuvimos que efectuar la traducción. Esta traducción fue revisada por una persona cuya lengua materna era el inglés.

Los 10 ítems de los que consta la escala fueron los siguientes:

- En el futuro me esperan muchas oportunidades.
- Supongo que en el futuro me pondré nuevas metas.
- Mi futuro está lleno de posibilidades.
- La mayor parte de mi vida todavía está por llegar.
- Mi futuro me parece algo infinito.
- En el futuro podré hacer lo que yo quiera.
- En mi vida me queda mucho tiempo para hacer nuevos planes.
- Tengo la sensación de que el tiempo se me acaba.
- En mi futuro las posibilidades que tengo son limitadas.
- A medida que me hago mayor, comienzo a sentir que el tiempo es limitado.

El orden es el mismo que proponen Carstensen y Lang (1996). Las opciones de respuesta eran cuatro: muy en desacuerdo (0), más bien en desacuerdo (1), más bien de acuerdo (2) y muy de acuerdo (3). Las puntuaciones en los tres últimos ítems se invirtieron para que una menor puntuación en la escala significase una perspectiva temporal futura acertada y una puntuación mayor en la escala implicase una perspectiva temporal futura más amplia.

Carstensen y Lang (2002) reportaron una consistencia interna de la escala de 0,91, en un estudio en el que participaron personas de 20 a 90 años. Sin embargo, otros estudios con muestras sólo de personas mayores, informan de consistencias algo menores, como es el caso del estudio de Fung, Siu, Choy y McBride-Chang (2005). En el caso del presente estudio, la consistencia interna fue de 0,82, en línea con los valores obtenidos en estudios precedentes.

Sin embargo, otros autores, como Cate y John (2007), quienes a partir de datos extraídos de una muestra de personas de mediana edad han afirmado que la FTPS en realidad presenta una estructura en dos factores: un factor relacionado con el foco en las oportunidades, otro con el foco en las limitaciones.

Aplicando un análisis de componentes principales a nuestros datos, con rotación varimax, encontramos una estructura similar a la propuesta por Cate y John (2007), aunque en este caso de tres componentes, que explicaron un 68,9% de la varianza: El primer componente es similar a su ‘foco en oportunidades’, mientras el tercero recoge la idea del ‘foco en limitaciones’. El segundo factor, sin embargo, hace referencia a una idea más neutra, la de que el futuro es ilimitado, pero sin especificar ni oportunidades ni limitaciones en ese espacio temporal.

Observamos la estructura factorial en la siguiente tabla 8:

Matriz de componentes rotados

Perspectiva temporal futura	Componente		
	Oportunidades	Limitaciones	Tiempo infinito
Me esperan muchas oportunidades	,842		
Me pondré nuevas metas	,841		
Futuro lleno de posibilidades	,770		
Mayor parte de vida por llegar	,490		,529
Futuro infinito			,721
En futuro podré hacer lo que quiera			,865
Queda mucho tiempo para hacer			,688
Sensación tiempo se acaba		,886	
Posibilidades futuras limitadas		,801	
Tiempo limitado		,815	

Tabla 8. Perspectiva temporal futura de los participantes en el estudio

Nota: las cargas menores de 0,40 no aparecen en la tabla. Las puntuaciones de los ítems del componente Limitaciones se invirtieron antes de introducirse en el análisis.

Si a partir de esta estructura conformamos tres escalas diferentes (oportunidades, limitaciones y tiempo infinito), no incluyendo el ítem 4, ya que carga en dos de los tres componentes de manera alta, los coeficientes de consistencia alpha para cada una de ellas son 0,89, 0,81 y 0,70 respectivamente.

Además de la escala FTPS, se preguntó a los participantes por dos aspectos relacionados con la perspectiva temporal:

- El tiempo de vida, en años, que creían que les quedaba.
- La edad subjetiva, mediante el enunciado ‘Hoy por hoy interiormente me siento como si tuviese _____ años de edad’.

5.3.6. Metas

Esta parte del protocolo fue diseñada por los investigadores y en él se planteaba textualmente: “Por favor, complete las siguientes preguntas con los aspectos más importantes o significativos para usted, sin dejar preguntas sin contestar”.

Para evaluar las metas de los participantes en nuestro estudio se elaboró un cuestionario de frases incompletas. El objetivo de estas frases era permitir a los participantes, de una manera no directiva, expresar significados respecto a su futuro, con sus propias palabras y de acuerdo con sus propios criterios. El uso de frases incompletas en la investigación gerontológica tiene una larga tradición, y son especialmente recomendados para obtener significados sin la mediación directa del entrevistador y para expresar libremente en temas que puedan ser amenazantes. Es tarea posterior del investigador, reconstruir las motivaciones y conceptos subyacentes. Nuestro instrumento se diseñó siguiendo los criterios de instrumentos similares, como el MIM (Método de Inducción Motivacional) de Nuttin (1985), el SELE (Self and Life Instrument) de Dittmann-Kohli (Dittmann-Kohli y Westerhof, 1997) o, en nuestro contexto, el utilizado por Villamizar (2010). En todos los casos, esos instrumentos que han sido utilizados con muestras de mayores y han demostrado ser altamente válidos y tener una buena estabilidad test-retest.

Las frases incompletas en relación al futuro que se plantearon para generar metas fueron tres:

- Un enunciado neutral: “en el futuro, yo...”
- Un enunciado positivo: “cuando sea más mayor me gustaría...”
- Un enunciado negativo: “lo que me preocupa del futuro es...”

En nuestro estudio las respuestas a las frases incompletas se codificaron según el significado abierto manifiesto por los evaluados y no de acuerdo con una interpretación psicológica de motivaciones profundas.

La longitud media de las respuestas al enunciado neutral fue de 27,6 palabras (DT = 12,4), siendo la respuesta más breve de cuatro palabras y la más extensa de 71. Las respuestas de los jóvenes fueron significativamente más largas que las de los mayores (ya sean estos activos o enfermos), con una ($F(207,2) = 8,817, p < 0,001$).

En el caso de las respuestas al enunciado positivo, la extensión media fue de 23,2 palabras (DT = 11,8), con la respuesta más corta de cinco palabras y la más larga de 73. Como en el caso

anterior, los dos grupos de mayores tendían a tener respuestas más cortas que el grupo de jóvenes ($F(2,207) = 9,240, p < 0,001$).

Por último, en el enunciado negativo la respuesta media era de 23,6 palabras ($DT = 13,54$). En este caso, la respuesta más corta ocupó cuatro palabras y la más larga 92. A diferencia de los otros dos enunciados, el análisis de la varianza no encontró diferencias entre los tres grupos en cuanto a la extensión de sus respuestas en el enunciado negativo ($F(2,207) = 1,24, n.s.$)

Adicionalmente, se incluyó una cuarta pregunta abierta en la que se preguntaba por el principal proyecto de vida en el momento de la vida en el que se encontraba.

5.3.7. Bienestar

Para evaluar el bienestar se utilizaron dos escalas diferentes, que corresponden a las dos maneras de entender este concepto, bien como bienestar subjetivo (hedónico), bien como bienestar eudaimónico (ver Deci and Ryan, 2008; Ryff and Singer, 2008).

Respecto a la primera de las concepciones, se utilizó la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener (Satisfaction With Life Scale, SWLS, Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Este instrumento consta de cinco afirmaciones respecto a cómo se siente la persona investigada respecto a sí misma y a su vida. Las afirmaciones son las siguientes:

- En la mayoría de aspectos mi vida se encuentra cerca de lo ideal.
- Las condiciones de mi vida son excelentes.
- Estoy satisfecho con mi vida.
- Hasta el momento he conseguido las cosas importantes que he querido en la vida.
- Si pudiera vivir de nuevo, no cambiaría prácticamente nada.

Las alternativas de respuesta eran cuatro: muy en desacuerdo (0), más bien en desacuerdo (1), más bien de acuerdo (2) y muy de acuerdo (3). El rango de puntuaciones total va de 0 a 15.

Esta es una de las escalas más utilizadas para evaluar la versión hedónica del bienestar, tradicionalmente asociada a conceptos como el de felicidad, bienestar subjetivo o satisfacción con la vida. Pretende obtener un juicio global sobre la vida, más que la satisfacción con dominios específicos dentro de ella, y es una medición más del componente cognitivo del bienestar subjetivo (más estable en el tiempo) que de su componente afectivo.

El SWLS ha demostrado tener una elevada consistencia interna, y una moderada a buena estabilidad temporal. Así, en el estudio original de Diener (Diener, Emmons, Larsen y Griffin,

1985) se obtuvo un coeficiente alpha de 0,87, y una fiabilidad test-retest de 0,82. En otros estudios los niveles del coeficiente alpha son similares, aunque la fiabilidad test-retest parece descender si el periodo entre mediciones se alarga (Pavot y Diener, 1993).

En nuestro caso, teniendo en cuenta toda la muestra, el coeficiente alpha resultó ser 0,78. La correlación media entre los ítems fue de $r = 0,42$.

Además de la escala SWLS de Diener, se utilizó un segundo instrumento para evaluar el bienestar, las Escalas de Bienestar de Ryff Simplificadas (Simplified Ryff's Well-being Scales, SRWS, Villar, Triadó, Celdrán y Solé, 2010). Este instrumento está basado en la versión de 54 ítems de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff, 1989), adaptada y validada en España y con personas mayores por el mismo grupo de investigación (Triadó, Villar, Solé y Celdrán, 2007).

En concreto, Villar y su equipo trataron con esta nueva versión obtener unas escalas mucho más breves y utilizables en estudios en los que se aplicaran más instrumentos, mientras al mismo tiempo se procuraba conservar la multidimensionalidad del concepto de bienestar original de Ryff, y en concreto su evaluación del llamado bienestar eudaimónico. El resultado es un instrumento con cuatro dimensiones: autoconfianza, orientación al presente, estrés y tensión social.

Particularmente interesante es la segunda de las dimensiones, orientación al presente, ya que recoge las dimensiones originales de Ryff: Propósito en la vida y Crecimiento personal, las relacionadas con la versión eudaimónica del bienestar. Por ello, esta fue la única dimensión que se aplicó en nuestro estudio. Constó de siete ítems:

- Vivo la vida al día y realmente no pienso demasiado en el futuro.
- Desde hace tiempo he dejado de intentar realizar grandes mejoras o cambios en mi vida.
- A veces siento que todo lo que tenía que hacer en esta vida ya lo he hecho.
- No quiero intentar nuevas maneras de hacer las cosas, mi vida ya está bien como está.
- Tiendo a centrarme en el presente, porque el futuro casi siempre me trae problemas.
- Antes solía ponerme metas, pero ahora me parece una pérdida de tiempo.
- Disfruto haciendo planes de futuro y trabajando para hacerlos realidad.

Esta escala obtuvo un valor alpha de consistencia interna de 0,73 en el estudio de Villar, Triadó, Celdrán y Solé (2010).

Al igual que en la escala SWLS de Diener, las opciones de respuesta eran cuatro: muy en desacuerdo (0), más bien en desacuerdo (1), más bien de acuerdo (2) y muy de acuerdo (3). Lógicamente, las puntuaciones en el último ítem ('Disfruto haciendo planes de futuro y trabajando para hacerlos realidad') fueron revertidas para que siguiesen la misma dirección que el resto. De acuerdo con ello, una puntuación alta en Orientación al Presente suponía un nivel bajo de bienestar eudaimónico. El rango de puntuaciones total fue de 0 a 21.

Con nuestros datos, el coeficiente alpha fue de 0,78, incluso ligeramente superior a la obtenida en el estudio original, y la correlación media entre los siete ítems de la escala de $r = 0,322$.

5.3.8. Autocuidado y Estilo de vida

Para conocer el estilo de vida y los hábitos de salud de los participantes, se diseñaron dos tipos de instrumentos:

- En primer lugar, se propuso completar una pregunta abierta que contaba con el siguiente enunciado: '¿Qué acciones de cuidado o autocuidado realiza en la vida diaria para conservar su salud y estilo de vida?' El participante podía nombrar hasta tres diferentes.
- En segundo lugar, se dispuso un cuestionario de estilo de vida y hábitos saludables que comprendía un total de 31 ítems que pertenecían a seis dimensiones diferentes:
 - Nutrición (ocho ítems)
 - Actividad física o ejercicio (cinco ítems)
 - Responsabilidad en salud (diez ítems)
 - Manejo del estrés (tres ítems)
 - Consumo de sustancias dañinas (tres ítems)
 - Otros hábitos saludables (dos ítems).

Para contestar cada ítem, los participantes tenían que seleccionar la opción adecuada en una escala de cuatro puntos: 'Nunca', 'En ocasiones', 'Con frecuencia' y 'Siempre'. A la primera opción se le asignaba un valor 0, mientras que a la última se le asignaba el valor 3.

Los ítems concretos que formaron parte del cuestionario de estilo de vida y hábitos saludables fueron los siguientes, presentados en función de la dimensión a la que pertenecen (entre paréntesis, el orden que ocupaban en la presentación del cuestionario a los participantes):

- Nutrición

- Tomo algún alimento al levantarte por la mañana y antes de salir de casa (pregunta 1)
- Como al menos tres comidas al día (7)
- Selecciono alimentos que no contengan ingredientes químicos o artificiales para conservarlos (12)
- Leo las etiquetas de los alimentos empaquetados para identificar componentes que puedan ser nocivos para mi salud (19)
- Evito acudir a establecimientos de comidas rápidas (22)
- Cada día como al menos cinco porciones de fruta y/o verdura (crudas y/o cocidas) (24)
- Tomo al menos un litro y medio de agua al día (29)
- Procuro no abusar de alimentos con alto contenido en sal, azúcar y grasa (31)
- Actividad física o ejercicio
 - Realizo pausas activas o ejercicios para relajar tus músculos al menos tres veces al día (2)
 - Realizo ejercicio vigoroso durante 30 minutos al menos tres veces a la semana (8)
 - Participo en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión (16)
 - Realizo actividades físicas de recreo como nadar, montar en bicicleta o practicar algún deporte (20)
 - Durante el ejercicio físico, controlo mi pulso (25)
- Responsabilidad en salud
 - Consulto con mi médico cualquier síntoma extraño relacionado con mi salud (3)
 - Comento con profesionales calificados mis inquietudes respecto al cuidado de mi salud (6)
 - Observo cada mes mi cuerpo para identificar la aparición de cambios físicos o signos de alerta (9)
 - Asisto a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal (13)
 - Veo programas de televisión, o lee revistas o folletos sobre cómo cuidar mi salud (15)
 - Me peso regularmente y sé cuál es mi peso actual e ideal (17)
 - Mido regularme mi nivel de presión arterial y sé si está alta, baja o es normal (21)

- Mido regularme mi nivel colesterol y sé si está alto, bajo o es normal (23)
- Sólo tomo los medicamentos que el médico me ha indicado (26)
- Sigo al pie de la letra las recomendaciones de mi médico sobre mi salud (30)
- Manejo del estrés
 - Relajo conscientemente mis músculos antes de dormir (4)
 - Cada día me tomo un tiempo para relajarme (10)
 - Cuando estoy muy nervioso o muy cansado, me tomo un tiempo para relajarme (27)
- Consumo de sustancias dañinas
 - Evito tomar alcohol (licor) (5)
 - Evito fumar cigarrillos (tabaco) y permanecer en ambientes contaminados con humo (11)
 - Evito consumir otras sustancias psicoactivas (14)
- Otros ítems
 - Mantengo una vida sexual activa (autoerotismo y/o con otra persona) (18)
 - Mantengo hábitos higiénicos como bañarme diariamente, cepillarme los dientes tras cada comida y lavarme las manos antes de comer y después de salir del sanitario (28).

Las correlaciones entre los diferentes ítems y el total de la escala fueron siempre positivas menos en un caso: mantener una vida sexual activa. Una vez eliminado este ítems, se encontraron correlaciones ítem-escala que iban de $r = 0,26$ ('Como tres veces al día') a $r = 0,68$ ('Mido regularme mi nivel colesterol y sé si está alto, bajo o es normal'). El valor de consistencia interna alpha para el total de la escala (habiendo eliminado el ítem sobre sexualidad) fue de 0,90.

5.4. Análisis de datos

El estudio consta de instrumentos que dan como resultado directamente datos de tipo cuantitativo (respuestas en escalas codificadas numéricamente) y otros de tipo cualitativo. La investigación cualitativa llega a los resultados mediante un proceso no matemático de interpretación, realizado con el fin de descubrir conceptos y relaciones en los datos para luego organizarlos en un esquema explicativo teórico. Este tipo de investigación es especialmente

adecuado para interpretar y analizar, tal y como son expresados por las personas, experiencias vividas, comportamientos, emociones y sentimientos (Strauss y Corbin, 2003).

Taylor y Bodgan (1996) afirman que, gracias a su flexibilidad, este tipo de instrumentos y entrevistas permiten entender perspectivas de los informantes respecto a sus vidas y experiencias, expresadas en sus propias palabras.

En concreto, cinco elementos de los instrumentos de recogida de datos originaban datos de tipo textual abierto susceptibles de ser analizados mediante procedimientos cualitativos. Fueron los siguientes:

Respecto a las metas, tres preguntas incompletas y una pregunta abierta:

- “En el futuro yo...”
- “Cuando sea más mayor me gustaría...”
- “Lo que me preocupa del futuro es...”
- Mencione su principal proyecto de vida en la actualidad

Respecto al estilo de vida, una pregunta abierta en referencia a comportamientos de autocuidado:

- ¿‘Qué acciones de cuidado o autocuidado realiza en la vida diaria para conservar su salud y estilo de vida?’

A las respuestas a estas preguntas se les aplicó un análisis de contenido, del que surgieron categorías e índices numéricos de frecuencia. Estas categorías y frecuencias se introdujeron en la base de datos creada para recoger el resto de puntuaciones en los cuestionarios y escalas cuantitativas utilizadas. El análisis de contenido es un procedimiento que se engloba dentro de los métodos cualitativos de investigación.

A continuación describiremos brevemente primero los procedimientos que siguió el análisis de contenido, para después describir la estrategia de análisis cuantitativo seguida con los datos.

5.4.1. Análisis de contenido

El análisis de contenido es una técnica para reducir y cuantificar información textual. Berelson (1971), lo define como una técnica para analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa.

El análisis de contenido, en tanto modalidad particular de aplicación del método científico, comprende una serie de operaciones semejantes a las utilizadas por cualquier otro método de investigación social en general. En concreto, en el proceso de análisis pueden ser diferenciadas las siguientes fases (Behar, 1993, Visauta, 1989):

- Muestreo.
- Establecimiento de unidades.
- Elaboración de sistemas de categorías.
- Valoración de fiabilidad.

Muestreo

El muestreo comprende los procedimientos seguidos para seleccionar las comunicaciones que van a ser analizadas, en el caso que recoger todas las relevantes para el logro de nuestros objetivos sea imposible o sobrepase las posibilidades de análisis. En el caso del presente estudio, es el investigador, a partir de una serie de frases incompletas, quien elicitó los significados en relación con las metas de futuro. Por ello, el problema del muestreo en este caso remite al problema genérico del muestreo de sujetos y de qué y cuántas preguntas se incluyen para recoger los significados que interesan, aspectos estos de los que ya hemos hablado en apartados anteriores. Hemos de tener en cuenta, además, que en la investigación cualitativa una muestra ideal es aquella capaz de representar la totalidad en sus múltiples dimensiones. Para Minayo (1999), lo importante no es establecer el número de personas o casos que se van a estudiar, lo primordial es profundizar en la comprensión que el grupo social tiene de la temática que estudiamos.

Establecimiento de unidades

Una vez se tienen las comunicaciones (respuestas a las frases incompletas en nuestro caso) es necesario dividir las en segmentos que sean relevantes de cara a su análisis posterior. Estos segmentos son las denominadas unidades de análisis y representan ideas o significados diferentes que aparecen frente a un estímulo, en este caso ante una frase que es necesario completar.

En general, en el caso del presente estudio el universo de unidades de análisis para cada una de las preguntas coincidió con el total de respuestas diferentes que se obtenían ante esa pregunta. Sólo en contadas ocasiones una persona contestaba varias cosas y, por lo tanto,

generaba más de una unidad de análisis. Estas unidades fueron la base de la categorización posterior (Bardin, 1986). Este mismo autor considera que existen 2 criterios básicos a la hora de determinar este tipo de unidades:

- Criterios lingüísticos: cuando se consideran como unidades de registro entidades físicas tales como la palabra, la frase o la oración, independientemente de su significado.
- Criterios semánticos: en este caso, el mensaje se divide tomando como unidad los temas o ideas diferentes que expresa. Se trata de localizar los 'núcleos de sentido' que componen la comunicación, que son distintos entre sí y cuya diferenciación nos es útil de cara a nuestros objetivos.

El tipo de unidad de registro que mejor se adaptaba al objetivo del estudio, establecer las significaciones asociadas a las metas de futuro era, lógicamente, el segundo, aunque como hemos dicho, una unidad de significado solía corresponder al sintagma o frase que el sujeto empleaba para completar una frase determinada. Así, en general existió una correspondencia entre unidades temáticas de registro (significados expresados) y unidades lingüísticas (sintagmas o frases escritas para completar cada uno de los estímulos).

Una vez determinados los diferentes universos de unidades de registro, por separado para cada una de las frases-estímulo, es necesario establecer las reglas en función de las que una unidad de registro se ha de codificar como perteneciente a determinada categoría: son las llamadas reglas de enumeración. Es decir, una vez tenemos lo que vamos a contar (unidades de registro), ¿de qué forma lo vamos a contar? (reglas de enumeración).

Respecto a este tema, existen varias alternativas, como por ejemplo son entre otras:

- Presencia/ausencia: sólo se toma en cuenta si determinada unidad aparece o no.
- Frecuencia: se toma en cuenta cuantas veces aparece determinada unidad.
- Dirección: se toma en consideración si la unidad es favorable, desfavorable o neutra respecto a determinado criterio.
- Orden: se valoran de manera diferente las unidades en función de su orden de aparición en los textos.

En nuestro caso se siguió el criterio de recuento simple de frecuencias, asegurándonos de que el total de frecuencias de un sistema de categorías (generado a partir de las respuestas a un mismo estímulo) fuera igual al total de participantes que contestan el estímulo.

Elaboración de sistemas de categorías

La elaboración de un buen sistema de categorías es la clave para el éxito del análisis de contenido en el logro tanto de sus funciones descriptivas como inferenciales. Unas buenas categorías son el núcleo y el objetivo del análisis de contenido. Según Bardin, las categorías son 'secciones o clases que reúnen un grupo de elementos (unidades de registro) bajo un título genérico, reunión efectuada en razón de los caracteres comunes a dichos elementos' (Bardin, 1986; pág. 90).

Así, una vez tenemos las unidades de análisis para un estímulo determinado (una determinada frase incompleta o pregunta abierta, en el caso del presente estudio), tenemos que agrupar esas unidades en clases de mayor abstracción en función de su contenido semántico. El conjunto de todas las clases diferentes es lo que constituye el sistema de categorías. De esta manera, se construirá un sistema de categorías para cada uno de los estímulos presentes en el cuestionario. Su construcción supone distribuir e imponer una organización a las unidades de registro. Los sistemas de categorías pueden ser elaborados de dos formas:

- Inductivamente: partiendo de las propias unidades de registro, a partir de sus afinidades semánticas las vamos clasificando en diferentes clases o tipos. Concluimos nombrando conceptualmente cada tipo (categoría) con una etiqueta que capte su significado común y elaborando la definición de la categoría.
- Deductivamente: a priori definimos todas las posibles categorías, guiados por criterios de tipo teórico, por ejemplo, para después clasificar cada unidad de registro en una de ellas.

En la práctica, es difícil operar de un modo totalmente inductivo o totalmente deductivo en la construcción de las categorías, ya que se trata de un análisis cíclico que integra datos brutos y conceptos teóricos. El análisis se inicia con la identificación de los temas y patrones clave, se trata de organizar, manipular y recuperar segmentos significativos, asignarles etiquetas o nombres según los conceptos, condensar los datos en unidades analizables para crear categorías de acuerdo con propiedades, elementos comunes o temas particulares (Coffey y Atkinson, 2003). Se deben generar conceptos a partir de los datos y usar categorías como manera de lograrlo, ya que las categorías representan el vínculo decisivo entre los datos brutos, o sea, la materia textual tal como transcripciones, entrevistas, notas de campo, por un lado, y los conceptos teóricos del investigador, por otro.

En el presente estudio, el punto de partida fue más bien inductivo, ya que la intención fue conseguir categorías que surgiesen lo más directamente posible de los datos recogidos a partir de las frases incompletas. Sin embargo, en ocasiones las expectativas que proporciona la base

teórica y conceptual de la que partimos llevó a proceder de una forma que se acerca más a lo deductivo.

Así, en una primera fase se leyó extensiva e intensivamente el total de respuestas a un mismo estímulo, anotando y subrayando cualquier información que pudiera sugerir alguna categoría hipotética. Esta primera fase de lectura concluía cuando se conseguía establecer un conjunto de 'núcleos de significación' que parecían repetirse en varias unidades de análisis. En esta fase, analizar una palabra, frase u oración consiste en leer las diferentes unidades de análisis, hacerse una idea del contenido, y luego regresar para centrarse en una palabra o frase que le suene al analista como significativa o interesante desde el punto de vista analítico. Entonces comienza a hacer una lista de los significados posibles de la palabra que se le viene a la mente, para volver a las unidades originales y buscar ejemplos que apunten a ese significado.

En una segunda fase, el conjunto de unidades se distribuyó en grupos en función de las 'categorías hipotéticas' extraídas en la primera fase, intentando incluir todas las unidades en alguna de ellas. En todo momento se intentaba llegar a un sistema de categorías que cumpliera los siguientes requisitos:

- Pertinencia: consiste en que las categorías se han de adaptar a los datos (unidades de registro) que se supone que representan, nunca al contrario.
- Exhaustividad: todas las unidades de análisis han de estar incluidas en alguna categoría. En caso de quedar alguna sin categorizar se puede crear una nueva categoría 'cajón de sastre', pero hemos de tener en cuenta que si este tipo de categorías tienen una frecuencia importante, serán un índice de la baja calidad de nuestra categorización.
- Mutua exclusividad: las categorías del sistema han de representar significados lo suficientemente diferenciados para que cada unidad de análisis sólo puede categorizarse en una categoría, nunca en más de una.
- Homogeneidad: las diferentes categorías deben presentar un mismo grado de amplitud, de molecularidad o molaridad. No deberíamos encontrar en un mismo sistema categorías muy concretas y muy amplias en un mismo nivel.
- Productividad: el sistema debe ser capaz bien de producir hipótesis nuevas, bien de responder a la problemática o hipótesis previas existentes.

El sistema de categorías inicial se reelaboró, redistribuyendo el conjunto de unidades de análisis tantas veces como fue necesario hasta alcanzar el logro de esos criterios y, con ello, un sistema de categorías definitivo. Este tipo de procedimiento de análisis produjo, como hemos

comentado, un sistema de categorías diferente, a medida, para cada una de las frases incompletas y/o preguntas abiertas incluidas en el instrumento de recogida de datos.

Una vez elaborado un sistema de categorías, se procedió a definirlo operacionalmente. Esto consiste en dar una definición de cada categoría lo suficientemente clara como para que recoja el significado central de la categoría y sus límites, de tal manera que la codificación de las unidades de análisis en categorías pueda ser replicable, bien por el mismo investigador en otro momento, bien por investigadores independientes.

Fiabilidad de los sistemas de categorías.

Una vez elaborados los sistemas de categorías, hemos de asegurarnos de que, por una parte permiten producir resultados 'objetivos' (en el sentido de independientes del codificador: fiabilidad) y por otra representan fielmente el conjunto de datos que pretenden representar (validez).

En cuanto a la fiabilidad, Krippendorff (1980), diferencia entre la fiabilidad intracodificador y la fiabilidad intercodificador. La primera se obtiene al comparar los resultados obtenidos por un mismo codificador al codificar el material en el sistema de categorías a lo largo de dos o más momentos temporales. Por su parte, la segunda se obtiene al comparar los resultados de la codificación realizada por dos codificadores independientes. La segunda de ellas es más potente que la primera, ya que por una parte anula los efectos del recuerdo y por otra garantiza que los criterios de codificación son relativamente independientes de quién sea el codificador. Por ello esta última modalidad para estimar la fiabilidad de los sistemas de categorías que se ha utilizado en nuestro estudio.

Para calcular la fiabilidad de un determinado sistema de categorías se entregó a una codificadora independiente tanto el sistema de categorías y su definición operacional como el conjunto de unidades de análisis ordenadas aleatoriamente. Se explicó en qué consistía la categorización y los criterios que debería seguir, aunque en ningún momento se puso algún ejemplo perteneciente a la propia investigación. Nunca esta codificadora fue informada sobre fases anteriores del trabajo, en especial sobre la forma original de elaboración de los sistemas de categorías.

Con los resultados de la codificación original realizada por la autora del estudio y la realizada por la codificadora independiente se calculó un índice de fiabilidad, en concreto el índice kappa (Cohen, 1960). Este índice de fiabilidad, a diferencia de otros (por ejemplo, la proporción de coincidencias entre codificadores), sí tiene en cuenta que parte de las

coincidencias observadas entre los codificadores pueden ser debidas al azar, lo que podría sobrevalorar artificialmente la estimación de fiabilidad obtenida. El índice kappa corrige estos efectos del azar y proporciona unas estimaciones de fiabilidad menos sesgadas. Su cálculo viene dado por la siguiente fórmula:

$$\kappa = \frac{P_0 - P_e}{1 - P_e}$$

Siendo P_e la proporción de acuerdo esperada por azar y P_0 la proporción de acuerdo observada. Los cálculos se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS para Windows (versión 15). Este índice se calculó para todos los sistemas de categorías, que como hemos dicho correspondían a las diferentes frases incompletas y preguntas abiertas incluidas en el estudio. En el capítulo de resultados aportamos el índice obtenido para los sistemas de categorías en los que fue calculado. El índice de fiabilidad mínimo fue 0,89 y el máximo 0,94, valores que en cualquier caso puede calificarse como buenos o muy buenos.

5.4.2. Análisis cuantitativo: procedimientos estadísticos

Una vez construida la base de datos, en la que se incluyeron tanto las puntuaciones directas de las preguntas cuantitativas como las referentes a las categorías de los diferentes sistemas elaborados para las frases incompletas y preguntas abiertas, la estrategia de análisis de datos constó de dos fases:

- En primer lugar, se obtuvieron los datos descriptivos de las variables recogidas en el estudio (incluidas las extraídas de los sistemas de categorías), y se realizó un análisis bivariable, comprobando las diferencias existentes en cada una de ellas en los grupos considerados (mayores activos, mayores enfermos, jóvenes). Estas diferencias entre grupos se contrastaron a partir de análisis de la varianza y el estadístico F de Snedecor (cuando la variable era de tipo cuantitativo) o a partir de la obtención del estadístico chi-cuadrado (cuando la variable era de tipo cualitativo o categorial).
- En segundo lugar, se realizó un análisis multivariable para poner a prueba las hipótesis de la investigación.

En todos los casos, los análisis estadísticos se realizaron a partir de los procedimientos incluidos en el software SPSS (versión 15).

SEXTO CAPÍTULO

RESULTADOS

6.1. Diferencias entre grupos (mayores activos, mayores enfermos y jóvenes)

6.1.1. Relaciones y participación social

Las relaciones y participación social de los miembros de la muestra se evaluó mediante siete ítems, que hacían referencias a diferentes tipos de asociaciones o instituciones. Dos de ellas eran específicas para mayores, con lo que estos ítems no se aplicaron al grupo de jóvenes. En todos los casos, el rango de respuesta podía ir de 1 (menor participación) a 4 (mayor participación). Las puntuaciones medias por grupo se encuentran en la siguiente tabla 9:

Participación Social	Mayores Activos	Mayores Enfermos	Jóvenes	F	Sig.
Asociaciones de vecinos	1,74 (0,92)	1,31 (0,58)	1,11 (0,45)	15,752	p<0,001
Asociaciones culturales	2,57 (1,14)	1,48 (0,84)	1,56 (0,66)	31,071	p<0,001
Asociaciones religiosas	2,30 (1,18)	2,02 (1,17)	1,82 (0,92)	3,445	p<0,05
ONG y voluntariado	1,59 (1,06)	1,14 (0,56)	1,26 (0,66)	5,904	p<0,01
Asociaciones políticas	1,17 (0,48)	1,09 (0,42)	1,10 (0,41)	0,676	n.s.
Asociaciones de mayores	2,59 (1,26)	1,48 (0,99)	-	30,207	p<0,001
Centros de mayores	3,56 (0,76)	1,50 (0,99)	-	148,507	p<0,001

Tabla 9. Participación social de los participantes en el estudio

Como podemos observar en la tabla 9, sólo en la participación en asociaciones políticas los grupos no difirieron significativamente. En el resto, había diferencias entre grupos. Estas

diferencias favorecían en general a los mayores activos, quienes participaban más que el resto de grupos en todos los tipos de participación considerados.

Para comprobar hasta qué punto estas diferencias entre pares de grupos (mayores activos – mayores enfermos, mayores activos –jóvenes y mayores enfermos – jóvenes) eran significativas se realizó la prueba de Tukey.

Los resultados mostraron que el grupo de mayores activo participaba más que los mayores enfermos en asociaciones culturales (dif. medias = 1,08; $p < 0,001$), ONG y voluntariado (dif. medias = 2,061; $p < 0,001$), asociaciones de mayores (dif. medias = 1,11; $p < 0,001$) y centros de mayores (dif. medias = 2.06; $p < 0,001$). También participaban más que los jóvenes en asociaciones culturales (dif. medias 1,01; $p < 0,001$), asociaciones religiosas (dif. medias 0,48; $p < 0,05$) y ONG y voluntariado (dif. medias = 0,33; $p < 0,001$).

Por su parte, los mayores enfermos no diferían de los jóvenes en ningún tipo de participación (excepto, obviamente, en centros de mayores y asociaciones de mayores, ítems que no se aplicaron a los jóvenes).

6.1.2. Estado de salud

La salud se valoró mediante tres indicadores subjetivos y uno objetivo. Los subjetivos implicaban que la persona valorase su estado de salud en general, en comparación con otras personas de su edad y que, finalmente, estimaran a qué edad correspondería su estado de salud. En cuanto a los criterios objetivos, se preguntaba por el número de medicamentos diferentes al día que se tomaban. Las medias diferenciadas por grupo se encuentran en la tabla 10:

Salud subjetiva y objetiva	Mayores Activos	Mayores Enfermos	Jóvenes	F	Sig.
Valoración salud (1-5)	4,15 (0,63)	3,62 (0,76)	4,08 (0,58)	12,886	$p < 0,001$
Salud comparativa (1-3)	2,63 (0,58)	2,35 (0,57)	2,05 (0,43)	23,093	$p < 0,001$
Estimación en años	48,76 (11,11)	53,97 (14,29)	23,21 (7,07)	161,911	$p < 0,001$
Núm. medicamentos	2,25 (1,68)	5,66 (4,36)	0,54 (1,20)	64,590	$p < 0,001$

Tabla 10. Salud subjetiva y objetiva de los participantes en el estudio

Como observamos en la tabla 10, todos los indicadores de salud mostraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

En el caso de la valoración de salud, mientras las puntuaciones medias de mayores activos y jóvenes fueron equivalentes, de acuerdo con la prueba de Tukey las de mayores enfermos fueron significativamente menores que las del grupo de mayores activos (dif. medias = -0,53; $p < 0,001$) y que las de los jóvenes (dif. medias = -46; $p < 0,001$).

En salud comparativa, los mayores activos volvieron a obtener la puntuación media más alta, significativamente mayor que la del grupo de mayores enfermos (dif. medias = 0,27; $p < 0,01$) y que los jóvenes (dif. medias = 0,57; $p < 0,001$). Los mayores enfermos también obtuvieron una media superior a la de los jóvenes (dif. medias = 0,30; $p < 0,01$).

En cuanto a la estimación en años del estado de salud ('mi salud es comparable a la de una persona de x años', la única comparación con sentido es entre los dos grupos de mayores. En este caso, los mayores activos mencionaron edades menores que los mayores enfermos (dif. medias = -5,20; $p < 0,001$). Es reseñable como en el grupo de mayores activos la diferencia con la edad media real (65,54) fue de 16,7 años, mientras que los mayores enfermos se 'quitaban' algo menos edad, 13,25 años (la edad media real fue en este grupo 67,22 años).

Por último, el número de medicamentos puede considerarse un indicador objetivo del estado de salud. El grupo de mayores activos consumía menos de la mitad de medicamentos diferentes al día que el grupo de mayores enfermos (dif. medias = -3,41; $p < 0,001$).

6.1.3. Autonomía funcional

La autonomía funcional se evaluó con la escala breve de Siu, Reuben y Hays (1990). Constaba de siete ítems graduados de mayor a menor dificultad, y cuyas puntuaciones medias para cada grupo se pueden observar en la siguiente tabla 11:

Autonomía funcional	Mayores Activos	Mayores Enfermos	Jóvenes	F	Sig.
Actividad física intensa	1,94 (0,29)	1,65 (0,69)	1,95 (0,22)	10,259	p<0,001
Trabajos fuertes de casa	1,87 (0,45)	1,46 (0,83)	1,99 (0,11)	18,005	p<0,001
Ir a comprar	1,99 (0,12)	1,66 (0,69)	1,97 (0,16)	14,020	p<0,001
Utilizar transportes	2,00 (0,00)	1,75 (0,61)	2,00 (0,00)	11,697	p<0,001
Bajar/subir escaleras	1,91 (0,28)	1,75 (0,56)	1,99 (0,11)	7,689	p<0,01
Bañarse	2,00 (0,00)	1,91 (0,38)	2,00 (0,00)	4,190	p<0,05
Vestirse	1,99 (0,12)	1,91 (0,38)	2,00 (0,00)	3,328	p<0,05

Tabla 11. Autonomía funcional de los participantes en el estudio, según escala breve de Siu, Reuben y Hays (1990)

En la tabla 11 podemos observar que, en general, las puntuaciones son muy elevadas, lo que indica que nuestra muestra tenía una autonomía muy alta. En el grupo de mayores activos, por ejemplo, todos ellos (o todos menos uno) contestaron cuatro de los ítems como ‘soy capaz de hacerlo sólo’. En el grupo de jóvenes esto ocurre en seis de los siete ítems.

Las diferencias aparecen, sin embargo, al comparar estos dos grupos con el de mayores enfermos. En estos la autonomía también es alta, pero como media menor que en los otros dos grupos. Estas diferencias aparecieron en todos los ítems, aunque en los dos últimos, de naturaleza más básica, la significación de las diferencias es menor.

6.1.4. Perspectiva Temporal Futura

Respecto a la perspectiva temporal futura, se compararon las tres dimensiones evaluadas por el FTFS de Carstensen y Lang (1996). Como se expuso en el apartado de método, estas dimensiones eran Tiempo Infinito, Oportunidades y Limitaciones. El rango posible de puntuación en los tres casos iba de 0 a 9, ya que cada una de las dimensiones constaba de tres ítems con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3).

La comparación entre grupos la observamos en la siguiente tabla 12:

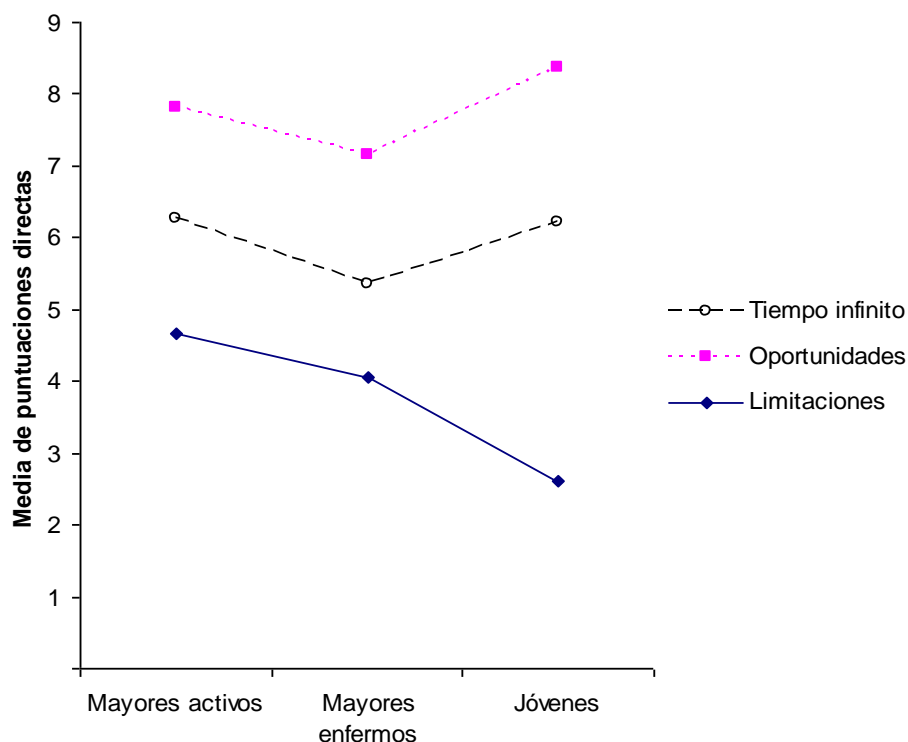
Perspectiva temporal futura	Mayores Activos	Mayores Enfermos	Jóvenes	F	Sig.
Tiempo Infinito	6,25 (2,48)	5,35 (2,64)	6,21 (1,97)	3,081	p<0,05
Oportunidades	7,80 (154)	7,14 (2,33)	8,35 (0,97)	9,329	p<0,001
Limitaciones	4,66 (3,09)	4,06 (3,16)	2,61 (1,98)	10,631	p<0,001

Tabla 12. Perspectiva temporal futura de los participantes en el estudio según el FTPS de Carstensen y Lang (1996).

Como observamos, en las tres dimensiones las diferencias entre grupos alcanzan valores estadísticamente significativos (aunque de mayor magnitud en las dos últimas, Oportunidades y Limitaciones). Si observamos la siguiente figura, se aprecia que la tendencia es a que el grupo de mayores enfermos puntúe especialmente bajo en Tiempo Infinito y Oportunidades, mientras que en Limitaciones son los jóvenes quienes alcanzan valores particularmente bajos.

Comparando dos a dos los grupos mediante el contraste a posteriori de Tukey, obtenemos que en la dimensión Tiempo Infinito ninguna de las diferencias alcanzó valores estadísticamente significativos. En Oportunidades, sólo resultó significativa la diferencia entre jóvenes y mayores enfermos (dif. medias = 1,21; p<0,001), mientras que la puntuación media de los grupos de jóvenes y mayores activos fue equivalente.

En Limitaciones es donde se producían más diferencias entre jóvenes y mayores: estos veían su futuro con muchas más limitaciones que aquellos. La puntuación media de los jóvenes se apartaba significativamente tanto de la de los mayores enfermos (dif. medias = 1,45, p<0,001) como de la de mayores activos (dif. medias = 2,05, p<0,001). Estas diferencias se observan de manera gráfica en la siguiente figura:



Gráfica 1. Perspectiva temporal futura de los participantes en el estudio. Media de puntuaciones directas según el FTFS de Carstensen y Lang (1996).

Adicionalmente, la perspectiva temporal futura se evaluó también a partir de la estimación de años por vivir y de la edad subjetiva. También se calculó la diferencia entre la edad real y la edad subjetiva, para conocer cuántos años se añadían o se sustraían las personas de nuestra muestra. En los tres casos, como refleja la siguiente tabla 13, las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas:

Estimación años por vivir y edad subjetiva	Mayores Activos	Mayores Enfermos	Jóvenes	F	Sig.
Estimación de años por vivir	18,15 (8,55)	18,37 (9,49)	51,27 (12,84)	219,789	p<0,001
Edad subjetiva	47,25 (12,88)	50,77 (15,08)	22,01 (4,99)	136,066	p<0,001
Dif. edad real – edad subjetiva	18,28 (12,72)	16,44 (13,67)	0,15 (4,59)	62,464	p<0,001

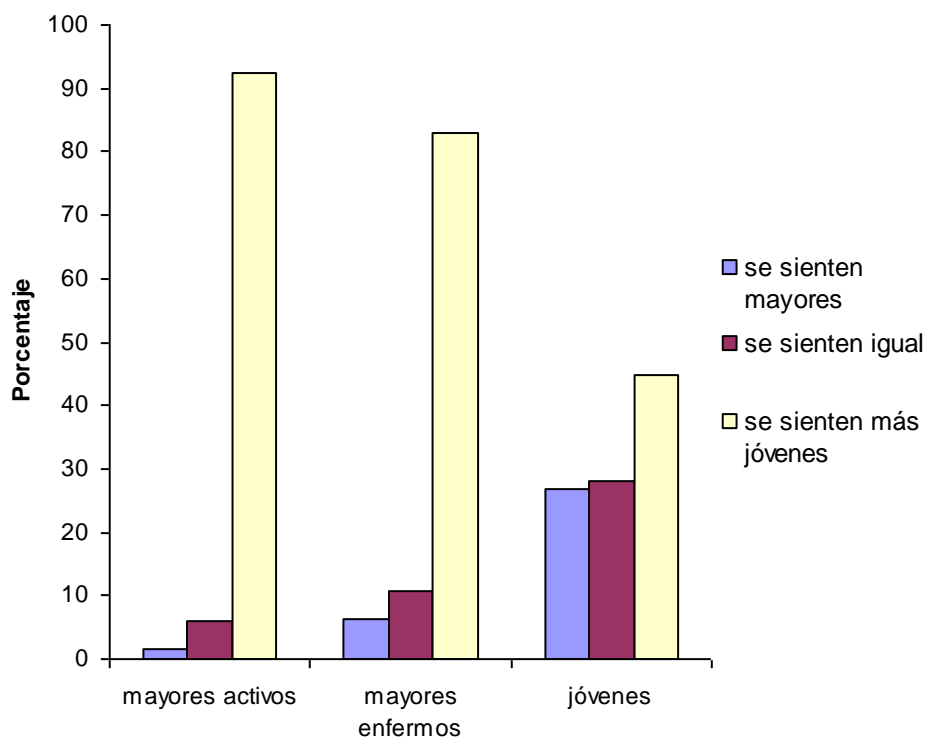
Tabla 13. Estimación de años por vivir y edad subjetiva de los participantes en el estudio

Como era esperable, la estimación de años por vivir se dispara entre los jóvenes. Sin embargo, es reseñable como la estimación media de mayores activos y enfermos no resulta

estadísticamente diferente, ambos piensan que, como media, van a vivir algo más de 18 años más. Si tenemos en cuenta la edad real, esto haría que los participantes en el estudio, en promedio, estimarían vivir hasta los 83,6 años en el caso de los mayores activos y hasta los 85,5 en el caso de los mayores enfermos. Ambas estimaciones resultan ligeramente optimistas si tenemos en cuenta que en Colombia en 2010 la expectativa de vida al nacer general fue de 74,31 años (Indexmundi 2010).

En cuanto a la edad subjetiva, los mayores tendían a estimarla bastante por debajo de su edad real, mientras que en los jóvenes ambos tipos de edad tendían a ser iguales. Aunque la edad subjetiva era menor en el caso de los mayores activos que en el grupo de los mayores enfermos, las diferencias no alcanzaron valores estadísticamente significativos, ni en la estimación directa ni cuando se calculó la diferencia entre la edad real y la edad subjetiva.

Estas diferencias entre grupos se observan también en la siguiente figura, que representa el porcentaje de personas de cada submuestra que se sienten mayores, igual o más jóvenes que lo que marca su edad cronológica. Se aprecia claramente que la gran mayoría de los mayores se 'quitan' años, mientras que los porcentajes están mucho más igualados en el grupo de jóvenes, donde una parte importante de ellos incluso se 'pone' años, sintiéndose mayor de lo que indica su edad cronológica.



Gráfica 2. Relación porcentual entre la edad subjetiva y la edad real de los participantes en el estudio

6.1.5. Metas

Las metas se evaluaron mediante cuatro preguntas. En primer lugar, se preguntó a los participantes por su principal proyecto de vida. Tenían que escribir su respuesta incluyendo sólo un proyecto, el principal.

A continuación, los participantes contestaban a tres frases incompletas sobre metas, una de tipo neutral ('En el futuro, yo...'), una que trataba de recabar metas positivas, o esperanzas para el futuro ('Cuando sea más mayor me gustaría....') y una tercera sobre preocupaciones o situaciones que inquietan de ese futuro ('Lo que me preocupa del futuro es...').

Aunque de las cuatro preguntas se esperaba una única respuesta, en algunas de ellas se obtuvieron (y categorizaron) más de una. Generalmente se trataba de construcciones que implican elementos unidos con la conjunción y (por ejemplo, 'Cuando sea más mayor me gustaría... viajar y mantener la salud que tengo'), cuyos testimonios transcribimos textualmente.

Principal proyecto de vida

Por proyecto de vida es entendido como una construcción personal e indelegable que implica un plan en el que están involucrados tiempos, esfuerzos y recursos. A los participantes se les enfatizó que eligieran un único proyecto de vida, el que creyeran más importante o significativo.

Las respuestas a esta pregunta fueron agrupadas en seis grandes categorías:

- Bienestar: en esta categoría se concentraron todas las respuestas relacionadas con el logro de un estado futuro de bienestar, indicado por sentimientos explícitos de autoestima, felicidad, alegría, satisfacción, paz o amor. Algunas respuestas incluidas en esta categoría son las siguientes:

“Trabajar por el bienestar físico, emocional y mental para una buena vejez”

“Tener una vejez muy feliz”

“Impulsar a ver realizados a mis hijos con amor, mucho amor”

“Querermelo mucho”

“Tener una vejez con salud y paz interior”

- Generatividad: en esta categoría se agruparon las respuestas que indican el cuidado por la familia o por aspectos de la comunidad o la sociedad, expresando elementos como la ayuda, el servicio, la contribución o acciones como compartir, brindar o aportar. Algunos ejemplos son los siguientes:

“Ayudar a otros a vivir con calidad”

“Apoyar otros adultos mayores y ayudar a quien necesite de mi colaboración”

“Dejar huella a nivel mundial por mi servicio como sanador y ser humano”

“Obtener mi grado profesional y empezar a brindar el cuidado a las personas que lo necesitan”

- Salud: esta categoría agrupa aquellas respuestas que denotaban un deseo de pasar los años futuros con dignidad, calidad o condiciones favorables de vida, así como con independencia, autonomía y provisión de cuidados.

“Tener excelente calidad de vida en todos los sentidos”

“Valerme por mi misma hasta que me alcance la muerte”

“Tener una vida digna, hacer deportes y vivir sanamente”

- Desarrollo: incluye respuestas alusivas a las tareas evolutivas que suponen una ganancia en términos de desarrollo personal, o al logro de nuevos hitos en entornos familiares, laborales o comunitarios expresados generalmente en términos individuales. Implica en general acciones como aprender, estudiar, graduarse, hacerse profesional, mejorar o trabajar. Algunos ejemplos son los siguientes:

“Lograr el desarrollo integral de mi familia”

“Terminar mis estudios para desempeñarme profesionalmente”

“Casarme tener hijos, formar una familia”

“Realizarme como profesional, especializarme y seguir estudiando”

- Material: se recogieron en esta categoría las aspiraciones relacionadas con tener acceso económico al dinero o a viajar, así como a la compra o posesión de bienes materiales. Algunos ejemplos son los siguientes:

“Viajar, disfrutar de la vida”

“Tener una finca”

“Viajar, tener propiedad, un piso”

“Tener tranquilidad económica, familiar y personal”

- Vinculación: Esta categoría recogía las respuestas que expresaban, de una manera u otra, un vínculo con otras personas, por ejemplo cuando se menciona el deseo de compañía, estar rodeados de familiares, amigos u otras personas. Algunos ejemplos son los siguientes:

“Conservar mis buenas amistades”

“Seguir viviendo junto a mi esposo, hijos, nietos y bisnietos”

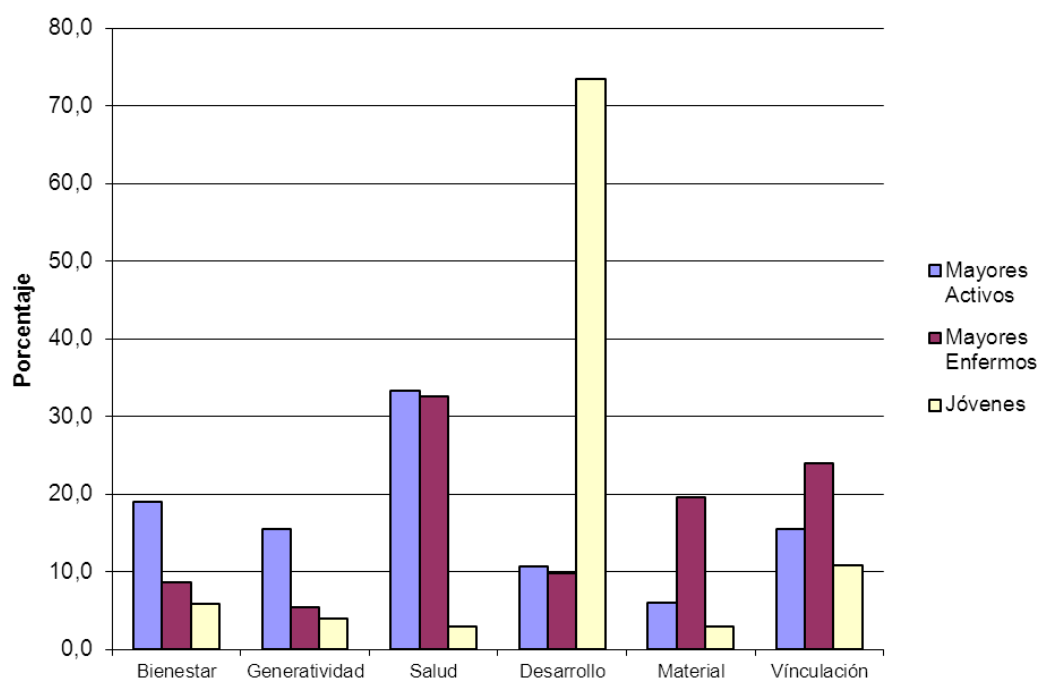
“Vivir en armonía con Dios y mi familia”

El índice de fiabilidad kappa para el sistema de categorías fue de 0,92, lo que indica una fiabilidad muy buena. Las frecuencias y porcentajes de cada categoría en cada grupo, se muestran en la siguiente tabla 14:

Categorización proyecto de vida	Mayores Activos	Mayores Enfermos	Jóvenes	X ²	Sig.
Bienestar	16 (19,0%)	8 (8,7%)	6 (5,9%)	8,014	p = 0,018
Generatividad	13 (15,5%)	5 (5,4%)	4 (3,9%)	8,609	p = 0,014
Salud	28 (33,3%)	30 (32,6%)	3 (2,9%)	38,544	p = 0,000
Desarrollo	9 (10,7%)	9 (9,8%)	75 (73,5%)	135,306	p = 0,000
Material	5 (6,0%)	18 (19,6%)	3 (2,9%)	20,779	p = 0,000
Vinculación	13 (15,5%)	22 (23,9%)	11 (10,8%)	8,439	p = 0,014

Tabla 14. Categorización primaria del principal proyecto de vida de los participantes en el estudio

A partir de la tabla 14, los porcentajes están representados en la siguiente gráfica 3, en la que se ven de manera más clara las diferencias entre los perfiles de respuesta de los diferentes grupos:



Gráfica 3. Porcentajes de mención de las categorías en las que se agruparon las respuestas sobre el principal proyecto de vida de los participantes en el estudio

Se observa que existen diferencias significativas en todas las categorías. Los jóvenes mencionan claramente, y muy destacado del resto, proyectos vitales relacionados con el desarrollo, con la consecución e hitos evolutivos. Entre sus proyectos, la salud, el bienestar o el logro de ciertas cotas de comodidades materiales parecen tener poca importancia. Sin embargo, para los grupos de mayores, claramente la salud destaca sobre el resto de proyectos. En los mayores activos encontramos más proyectos relacionados con el bienestar o la generatividad, mientras que en los mayores enfermos las menciones de proyectos de tipo material o que implican vinculación con otros destacan. Aún así, ninguno de estos proyectos supera a la salud en los mayores, que es claramente la categoría más mencionada.

Aparte de esta categorización primaria, las respuestas fueron re-categorizadas en un sistema secundario que recogía la orientación de los proyectos, su direccionalidad. En este sentido se distinguieron entre:

- **Ganancias:** proyectos de orientación positiva que aluden logros, superación, crecimiento o mejora respecto a condiciones presentes. Algunos ejemplos son los siguientes:

“Vivir 100 años o más”

“Mejorar cada día como ser humano”

“Crecimiento espiritual”

- **Mantenimiento:** agrupa proyectos con orientación neutral, sin ningún predominio positivo o negativo, que generalmente aluden explícitamente a aspiraciones centradas en quedarse en la situación actual, a mantenerse estable (utilizan verbos como seguir, continuar, mantenerse, quedarse, etc.). Algunos ejemplos son los siguientes:

“Seguir trabajando en voluntariado”

“Seguir haciendo deporte sin ninguna dificultad me encanta”

“Seguir con buena salud”

“Mantener mi salud”

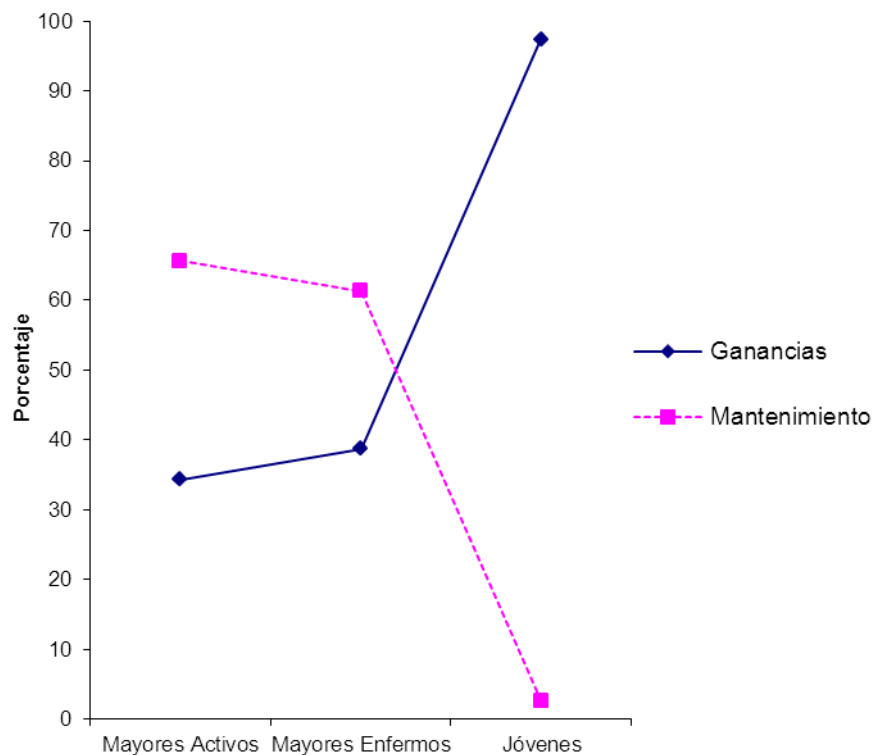
En esta categorización secundaria también, de manera teórica, podrían encontrarse personas que aludiesen a pérdida. Sin embargo, ninguna persona mencionó un proyecto de vida centrado en la merma, el menoscabo o la desventaja.

La distribución de las frecuencias de cada categoría, en función del grupo al que pertenecían, fue la siguiente tabla 15:

Recategorización principal proyecto de vida	principal	Mayores Activos	Mayores Enfermos	Jóvenes	X ²	Sig.
Ganancias		23 (34,3%)	24 (38,7%)	75 (97,4%)	79,923	p = 0,000
Mantenimiento		44 (65,7%)	38 (61,3%)	0 (2,5%)	80.216	p = 0,000

Tabla 15. Categorización secundaria del principal proyecto de vida de los participantes en el estudio

Los porcentajes de respuesta en cada grupo se ilustran en la siguiente figura:



Gráfica 4. Categorización secundaria porcentual del principal proyecto de vida de los participantes en el estudio

Observamos en la figura anterior como hay una clara diferencia entre las respuestas de los mayores y las de los jóvenes. Mientras en aquellos predominan respuestas relacionadas con el mantenimiento, aunque también las ganancias ocupan un lugar (entre el 30-40% de respuestas), el mantenimiento apenas es mencionado por los jóvenes, que tienen una orientación motivacional claramente dirigida hacia las ganancias.

Expectativas de futuro

Los participantes debían completar el enunciado ‘En el futuro, yo...’. Se trata de un enunciado neutro, que simplemente hacía pensar a las personas en respuestas relativas a expectativas generales respecto a ese futuro. Las respuestas obtenidas se agruparon en seis categorías:

- Bienestar: se agrupan en esta categoría todas las respuestas relacionadas con las ideas de integridad, autoestima, felicidad, alegría o satisfacción. En ellas los participantes se imaginan en el futuro en un estado dominado por esos sentimientos placenteros. Algunos ejemplos son los que se exponen a continuación:

“Armonía y paz consigo misma y con los demás”

“Quiero ser tan alegre como he sido”

“Feliz, agradecida con la vida”

“Yo quiero ser muy feliz”

“Aspiro a no tener odio ni envidia con nadie”

“Deseo tranquilidad”

- Generatividad: en este caso, se categorizan respuestas relativas al deseo de apoyo a otras personas o de contribución a la comunidad o a entidades sociales. Implica una voluntad de ofrecer bienes o servicios:

“Quiero ayudar al prójimo”

“Ser útil a los demás”

“Seguiré ejerciendo la misión que tengo”

“Brindaré un cuidado humanizado a mis pacientes”

“Serviré a la gente”

- Salud: agrupa respuestas relacionadas con el disfrute de una buena salud y de un estilo de vida considerado saludable, con la ausencia de enfermedades o con poseer niveles óptimos de independencia y autonomía:

“Quiero ser más saludable”

“Quiero seguir practicando el deporte”

“Quiero tener buena salud”

“Me podré valer por mí misma”

“Estaré muy mayor pero muy sana”

- Desarrollo: se recopilaron en esta categoría las respuestas relativas al cumplimiento de algunas tareas evolutivas que suponen el logro de hitos que marcan la entrada en ciertos roles o la adquisición de determinado estatus social o familiar. También las respuestas que implicaban crecimiento personal y la ganancia de competencias y saberes.

“Quiero seguir estudiando”

“Escribiré”

“Quiero conocer a los nietos”

“Seré un gran empresario”

“Enfermera profesional, casada con hijos”

“Madre, esposa, hija, profesional”

“Trabajar y vivir bien”

- Material: incluye aquellas respuestas que hacen referencia a la posesión de bienes materiales o el disfrute de servicios o actividades que permitan ciertas posibilidades de ocio, de comodidades o de nivel social. Algunos ejemplos son los siguientes:

“Viviendo en una casa de campo”

“Establecerme en la situación económica”

“Quiero más comodidad”

“Voy a conocer parte del mundo”

“Quiero tener mi propia casa”

- Vinculación: esta categoría agrupa respuestas referidas al deseo de compañía e implicación futura con otras personas, con las que se tenga o no una relación actual. Estas personas suelen ser miembros de la familia, aunque en ocasiones se mencionan también personas o grupos extrafamiliares. Algunos ejemplos son los siguientes:

“Me veo con hijos, nietos, amigos”

“Quiero estar en compañía de mi familia”

“Pertener a asociaciones culturales”

“Tendré compañía”

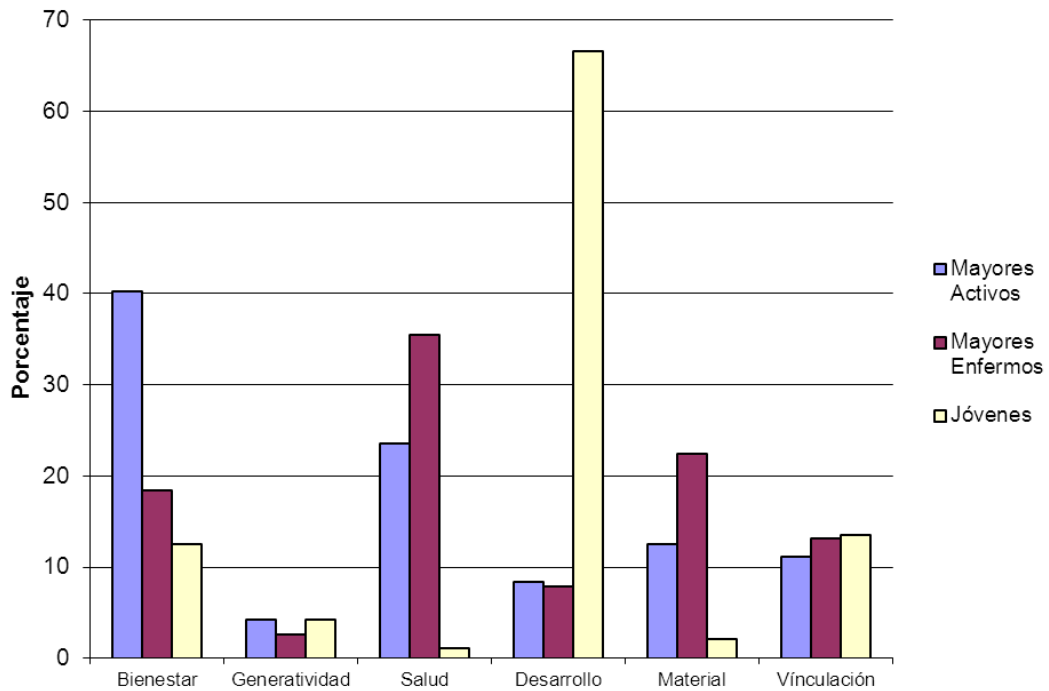
“Quiero tener a mi esposo”

El índice de fiabilidad kappa para el sistema de categorías fue de 0,89. La distribución de respuestas en función de los tres grupos considerados en el estudio se puede observar en la siguiente tabla:

Categorización expectativas de futuro	Mayores Activos	Mayores Enfermos	Jóvenes	X²	Sig.
Bienestar	29 (40,3%)	14 (18,4%)	12 (12,5%)	15,566	p = 0,000
Generatividad	3 (4,2%)	2 (2,6%)	4 (4,1%)	0,373	n.s.
Salud	17 (23,6%)	27 (35,5%)	1 (1,0%)	35,035	p = 0,000
Desarrollo	6 (8,3%)	6 (7,9%)	64 (66,6%)	113,018	p = 0,000
Material	9 (12,5%)	17 (22,3%)	2 (2,1%)	17,075	p = 0,000
Vinculación	8 (11,1%)	10 (13,2%)	13 (13,5%)	0,669	n.s.

Tabla 16. Categorización primaria de las expectativas de futuro de los participantes en el estudio

Los resultados de la tabla se pueden observar gráficamente en la siguiente figura:



Gráfica 5. Categorización primaria porcentual de expectativas de futuro de los participantes en el estudio

Al igual que sucedía con los proyectos vitales, observamos como en los jóvenes las expectativas vinculadas al desarrollo son, sin lugar a dudas, las más mencionadas, quedando el resto de categorías en unos niveles muy inferiores.

Como sucedía también con los proyectos, en los mayores destaca la salud, particularmente entre los mayores con enfermedades crónicas. En el caso de los mayores también destacan las expectativas asociadas al bienestar, que son especialmente mencionadas por los mayores activos, mientras que los mayores enfermos mencionan relativamente más expectativas relacionadas con la comodidad material

Deseos para el futuro

En una segunda frase incompleta, los participantes debían terminar el enunciado ‘Cuando sea más mayor me gustaría...’. Se trata de un enunciado de carácter positivo, que pretende generar respuestas relacionadas con deseo de futuro, con estados que la persona ve como estados deseables.

Las categorías que describieron el abanico de respuestas recogidas son muy similares a las descritas para la anterior frase incompleta sobre expectativas:

- Bienestar: incluye respuestas relativas a estados futuros de satisfacción y felicidad, o bien de tranquilidad, equilibrio y paz interior. Algunos ejemplos son los siguientes:

“Ser una persona tranquila”

“Vivir muy tranquila”

“Tener una vejez tranquila, con paz”

“Estar sin problemas”

“Estar más equilibrado conmigo y con el universo”

“Ser feliz”

- Generatividad: recoge respuestas relacionadas con la contribución de la persona a la familia, la comunidad o la sociedad. Implica el sentimiento de desear ser útil, de prestar servicio a los demás:

“Enseñar”

“Ayudar en grupos de voluntarios”

“Trabajar en una ONG”

- Salud: incluye aquellas respuestas que se centran en el deseo de estar libre de enfermedades, de mantener la independencia y la autonomía y un elevado nivel de calidad de vida y de capacidades físicas y mentales intactas. También incluye el deseo de realizar actividades saludables, o de alcanzar una determinada longevidad.

“Ver bien para hacer mis trabajos manuales”

“Tener mucha salud”

“No tener que depender de nadie”

“Seguir nadando”

“Vivir cómodamente e independiente”

“Ser muy activo, (deporte, trabajo, lecturas)”

“Caminar derecho”

“Me gustaría que no me falten los sentidos”

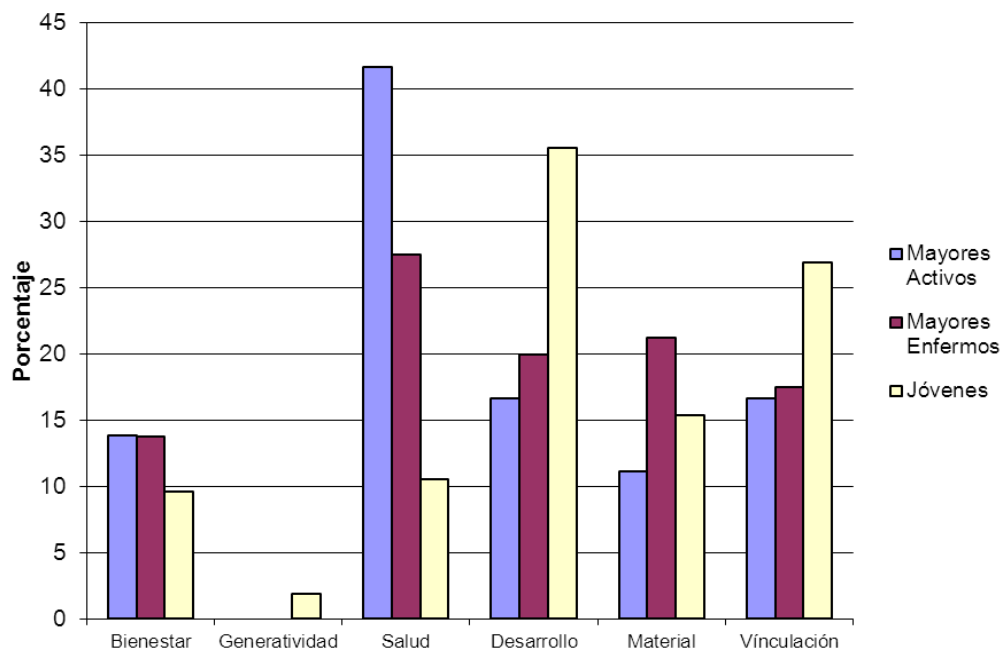
- Desarrollo: engloba respuestas relacionadas con el crecimiento personal, la mejora de capacidades intelectuales y la adquisición de saberes, o el logro de hitos evolutivos que implican el paso de ciertas etapas o alcanzar ciertos estatus y roles sociales y/o familiares.
 - “Estudiar historia”
 - “Ser abuela”
 - “Escribir textos y libros del cuidado de enfermería”
 - “Tener una familia grande”
 - “Seré profesor o enfermera comunitaria”
 - “Tener suficiente experiencia y conocimientos sobre mi profesión”
- Material: incluye respuestas relacionadas con las condiciones económicas o materiales ambicionadas, que permitirían mayor comodidad, posibilidades de disfrute, comodidad, viajes, diversión, ocio, o pasatiempos.
 - “Viajar mucho”
 - “Vivir en el campo”
 - “Comprar ganado”
 - “Tener mi propio carro”
 - “Tener dinero”
 - “Viajar por todo el mundo”
 - “Tener una cuenta de ahorros”
- Vinculación: esta categoría hace referencia al deseo de mantener, reforzar o adquirir lazos con otras personas, ya sean familiares o no familiares. Algunos ejemplos de respuestas categorizadas aquí son las siguientes:
 - “Estar siempre rodeada de mi familia”
 - “Estar en familia”
 - “Estar bien acompañada”
 - “Estar con mi esposo”
 - “Tener a mi hijo a su familia conmigo y a mi pareja”
 - “Estar acompañado siempre”

El índice de fiabilidad kappa para el sistema de categorías fue de 0,94. Las frecuencias de cada categoría, así como los porcentajes de mención en cada grupo, se observan en la siguiente tabla 17:

Categorización deseos de futuro	Mayores Activos	Mayores Enfermos	Jóvenes	X ²	Sig.
Bienestar	10 (13,8%)	11 (13,7%)	10 (9,6%)	0,476	n.s.
Generatividad	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,9%)	3,417	n.s.
Salud	30 (41,6%)	22 (27,5%)	11 (10,5%)	16,811	p = 0,000
Desarrollo	12 (16,6%)	16 (20,0%)	37 (35,6%)	16,470	p = 0,000
Material	8 (11,1%)	17 (21,2%)	16 (15,4%)	4,319	n.s.
Vinculación	12 (16,6%)	14 (17,5%)	28 (26,9%)	6,964	p = 0,031

Tabla 17. Categorización primaria de los deseos de futuro de los participantes en el estudio

La distribución de las menciones en cada grupo se observa mejor en la siguiente figura:



Gráfica 6. Categorización primaria porcentual de los deseos de futuro de los participantes en el estudio

En la gráfica 6 se observa un patrón de respuesta con algunos aspectos en común con los ya comentados para el principal proyecto de vida y las expectativas de futuro: en los jóvenes dominan deseos centrados en el desarrollo personal, en los mayores deseos centrados en la salud.

Sin embargo, en este caso observamos como los deseos de vinculación son especialmente frecuentes, y destaca el grupo de jóvenes como aquel en el que más aparecen. También, a diferencia de lo que sucedía en las preguntas sobre proyectos de vida y expectativas, entre los mayores existen mayores deseos de desarrollo de los que aparecían en esas preguntas.

Como sucedió con las respuestas sobre el proyecto de vida, en este caso también se llevó a cabo una categorización secundaria en función de la orientación evolutiva de la respuesta. Así, se definieron dos categorías:

- Ganancias: agrupa alusiones al logro de estados diferentes al presente y representados como una ganancia o un crecimiento, en cualquier ámbito (salud, aprendizajes y logro de competencias, relaciones sociales, bienes materiales, nuevos estatus y roles, etc.) Algunos ejemplos de respuesta son las siguientes:

“Ganar salud”

“Aprender más”

- Mantenimiento: incluye menciones a conservar atributos o estados que se tienen en el presente. Lógicamente, al estar hablando de deseos, estos atributos y estados presentes se representan como aspectos de tipo positivo, y que por lo tanto merece la pena preservar. Al igual que las ganancias, el mantenimiento puede ser definido en términos de salud, de capacidades y competencias, de roles y vínculos sociales, u otros de carácter más indefinido (p.e. ‘seguir bien’). Algunos ejemplos de respuesta son los siguientes:

“Estar igual que como estoy”

“Vivir como vivo ahora”

“Seguir acompañado de familiares”

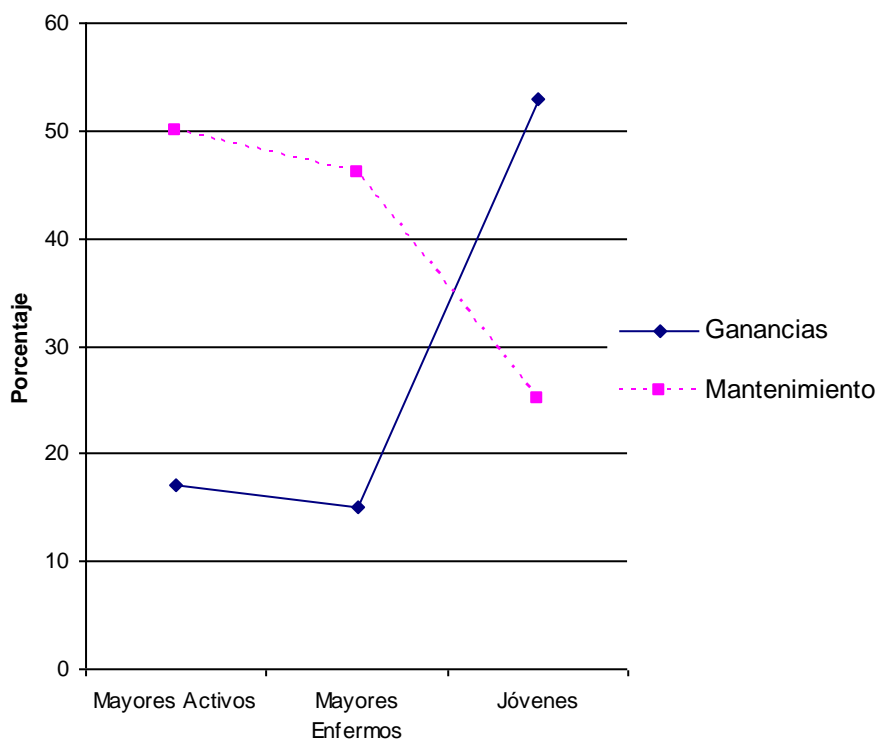
“Mantener buena salud”

La distribución de respuestas en estas dos grandes categorías se observa en la siguiente tabla:

Recategorización deseos de futuro	Mayores Activos	Mayores Enfermos	Jóvenes	X ²	Sig.
Ganancias	17 (25,4%)	15 (24,6%)	53 (67,9%)	38,945	p = 0,000
Mantenimiento	50 (74,6%)	46 (75,4%)	25 (32,1%)	33,420	p = 0,000

Tabla 18. Categorización secundaria de los deseos de futuro de los participantes en el estudio

La distribución de respuestas también se aprecia, en función del grupo, en la siguiente gráfica 7:



Gráfica 7. Categorización secundaria porcentual de los deseos de futuro de los participantes en el estudio

El patrón de respuesta es muy parecido al que ya encontrábamos en la categorización secundaria de los proyectos de vida: entre los jóvenes dominan las ganancias, mientras que entre los mayores lo que domina es el mantenimiento. Quizá, a diferencia de los proyectos de vida, en el caso de los jóvenes los deseos no son tan ambiciosos como los proyectos, ya que un 32% de ellos lo que desean es mantenerse, cuando este porcentaje era mucho menor en el caso de los proyectos (0%).

Temores de futuro

La tercera frase incompleta que los participantes completaron hacía referencia a preocupaciones y temores que amenazaban el futuro. Este tipo de enunciado se pretendía que fuera el opuesto al anterior. Mientras aquel hacía referencia a representaciones deseadas y positivas del futuro, en este caso se pretendía generar representaciones negativas, aquello que se pretendía evitar por lo tanto. El enunciado concreto fue 'Lo que me preocupa del futuro es...', y las respuestas que se obtuvieron se clasificaron en un sistema de siete categorías.

- Bienestar: en esta categoría se agrupan las respuestas que expresaban temores a perder sentimientos de felicidad y satisfacción. Incluye preocupaciones relacionadas con el sufrimiento, el remordimiento o la pérdida de control. Algunas respuestas son las siguientes:

“Tener muchas penas”

“Tener problemas”

“Sufrir”

“Perder la esencia de las cosas (depresión)”

- Generatividad: engloba respuestas alusivas al temor de no ser capaz de contribuir, ayuda o apoyar de manera efectiva a las personas importantes que rodean al participante, así como a sentimientos de falta de productividad o de utilidad:

“No poder servir”

“No poder ayudar a mis hermanos”

“Morirme sin ayudarle a mi mamá”

- Salud: en este caso, la categoría incluye todas aquellas respuestas que hacen referencia a la preocupación por no poseer o perder la salud física o mental, al temor a las enfermedades o a no poder realizar actividades que la persona considera fundamentales o que aportan satisfacción, a la pérdida de autonomía, a la merma de la calidad de vida, o a la pérdida de vitalidad. También se incluyeron temores relativos al fin de la vida. Algunos ejemplos de respuestas asignadas a esta categoría son los siguientes:

“Tener que depender de alguien”

“Una enfermedad larga y terminal”

“Pérdida de autonomía”

“Incapacidad para valirme por mí mismo”

“Perder la memoria”

“Sufrir una larga enfermedad”

“Postrarme en una cama”

“Tullirme o tener silla de ruedas”

“Perder la visión”

- Desarrollo: En esta categoría las respuestas hacen referencia al miedo de no poder realizar trayectorias previstas del desarrollo vital y personal, no poder conseguir o perder ciertos roles valorados o cierto estatus social, desempeñados personalmente o por personas con las que uno se vincula de manera estrecha. También se ha incluido aquí las preocupaciones respecto a la el miedo a fracaso o la incerteza para conseguir objetivos, sueños o ideales, definidos como ganancias proyectadas que podrían no lograrse. Algunos ejemplos de respuestas que se han incluido en esta categoría son las siguientes:

“Estar desocupada (desempleada)”

“Que los hijos se queden solteros”

“No lograr mis sueños”

“Que no tenga un trabajo estable”

- Material: Se han categorizado aquí las repuestas que hacen referencia a los temores a no conseguir o a perder ciertos bienes materiales o económicos, o a caer en situaciones en las que no se cuentan con los suficientes recursos económicos para conseguir esos bienes. En ocasiones, estos temores no afectan sólo a la persona que responde, sino también a sus allegados. Algunos ejemplos de respuestas que se han incluido en esta categoría son los siguientes:

“No tener dinero para suplir mis necesidades”

“La pobreza”

“Escasez de dinero”

“No tener con que pagar mis gastos”

“Situación económica para la mujer y los hijos”

“La economía”

- Sociedad: Se han incluido en esta categoría las respuestas que expresan temores que no se refieren a la propia persona que responde y a su situación, sino que expresan preocupaciones por la evolución futura de la sociedad y de las siguientes generaciones. En muchas de las respuestas se alude a problemas sociales o políticas equivocadas (o lo que la persona percibe como tales) que pueden acentuarse en ese futuro y poner en riesgo o empeorar los niveles de bienestar de la sociedad, o incluso su propia viabilidad. Algunos ejemplos de respuestas que se categorizaron aquí son los siguientes:

“Que se acabe el mundo sin ozono y sin aire”

“La intolerancia”

“La guerra”

“La violencia y la inseguridad”

“La degradación humana”

“El alto índice de violencia y guerra en el país”

“Política nacional sobre salud”

- Vinculación: en este caso las respuestas se refieren a temores respecto a la ausencia de personas con las que se tiene un vínculo afectivo, ya sea por su desaparición física o por su falta de disponibilidad. Se incluyen también temores relativos a la soledad o el abandono, o a situaciones que ponen en peligro a los seres allegados (individualmente o como grupo: la familia, los amigos, etc.)

“La soledad”

“El abandono de la familia”

“Quedar sola completamente”

“La desintegración de mi familia”

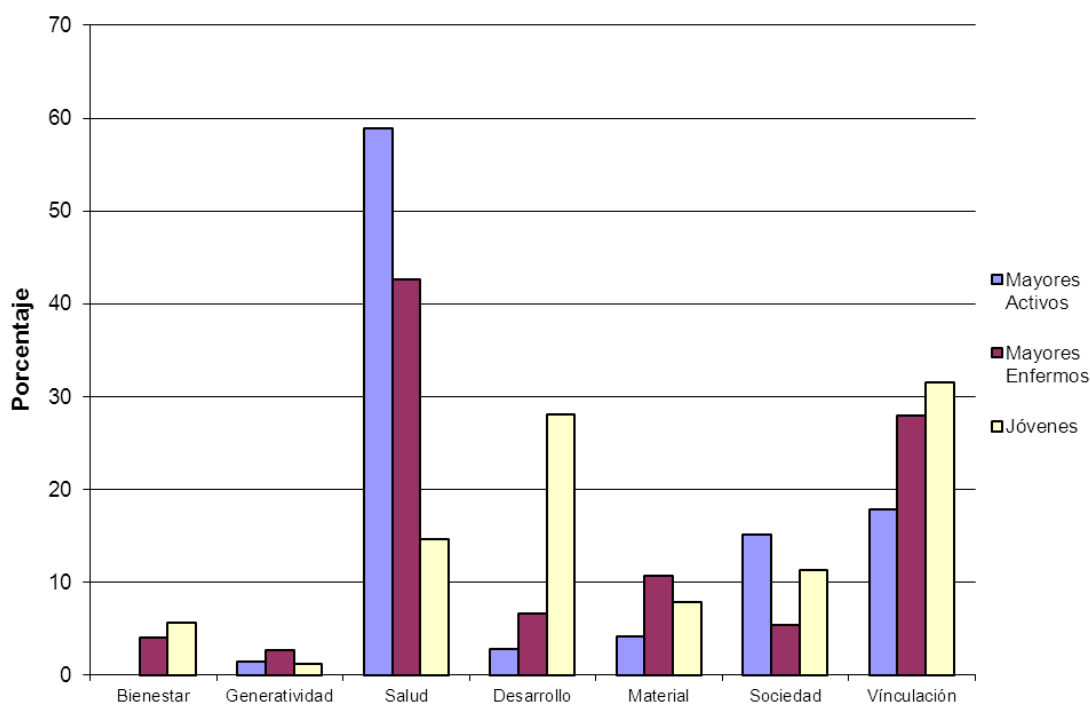
“No tener compañía”

“Que se mueran mis familiares y amigos”

El índice de fiabilidad kappa para el sistema de categorías fue de 0,92. Las frecuencias de cada una de las categorías, junto con el porcentaje de mención en cada grupo, las encontramos en la siguiente tabla 19:

Categorización temores de futuro	Mayores Activos	Mayores Enfermos	Jóvenes	X ²	Sig.
Bienestar	0 (0,0%)	3 (4,0%)	5 (5,6%)	4,202	n.s.
Generatividad	1 (1,3%)	2 (2,6%)	1 (1,1%)	0,701	n.s.
Salud	43 (58,9%)	32 (42,6%)	13 (14,6%)	35,496	p = 0,000
Desarrollo	2 (2,7%)	5 (6,6%)	25 (28,1%)	27,725	p = 0,000
Material	3 (4,1%)	8 (10,6%)	7 (7,8%)	2,607	n.s.
Sociedad	11 (15,1%)	4 (5,3%)	10 (11,2%)	3,413	n.s.
Vinculación	13 (17,8%)	21 (28,0%)	28 (31,4%)	5,063	n.s.

Tabla 19. Categorización primaria de temores de futuro de los participantes en el estudio



Gráfica 8. Categorización primaria de temores de futuro de los participantes en el estudio

Una vez más, como ocurría con el resto de frases incompletas, entre los jóvenes las preocupaciones centradas en el desarrollo (en este caso, el miedo a no poder alcanzar ciertas metas propuestas) dominan, mientras que en los mayores se centran en la salud (en la pérdida de la salud) son las más frecuentes. Curiosamente, son incluso más frecuentes en el grupo de mayores activos que en el grupo de mayores con enfermedades crónicas. Como también

sucedía en las respuestas a los deseos, la vinculación aparece como una categoría importante, y sus menciones son especialmente frecuentes entre los jóvenes.

6.1.6. Bienestar

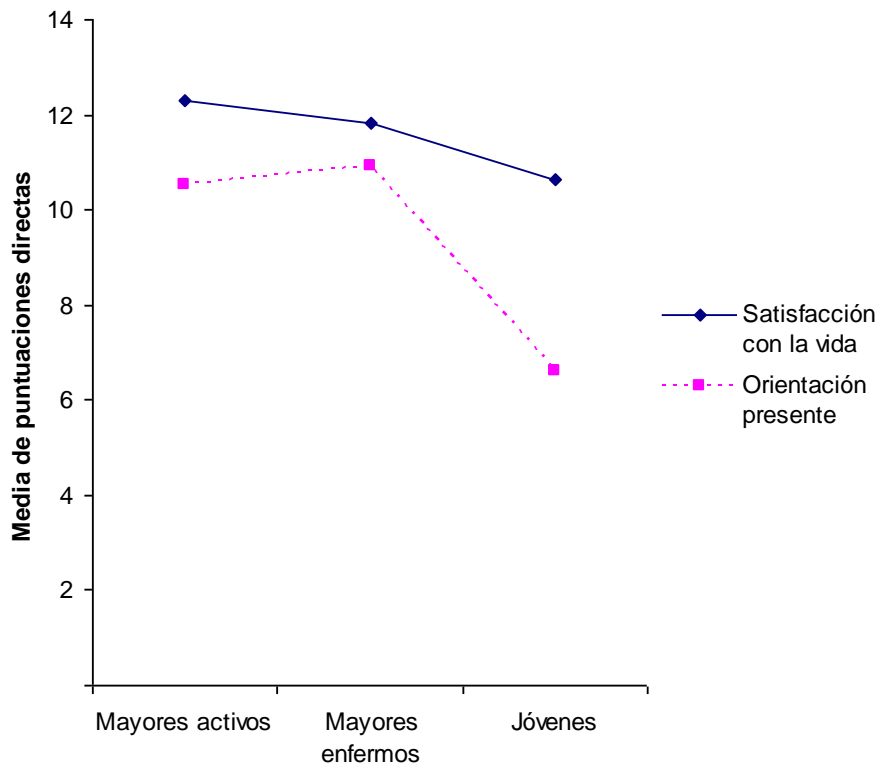
Como se comentó en el apartado Método, se aplicaron dos cuestionarios para evaluar el bienestar: el SWLS de Diener, *et al.* (1985) y la dimensión Orientación al presente del SRWS de Villar, *et al.* (2010). Mientras el primero evalúa bienestar hedónico, el segundo evalúa bienestar eudaimónico.

Las puntuaciones medias, diferenciadas por grupo, se observan en la siguiente tabla 20:

Bienestar hedónico y eudaimónico	Mayores Activos	Mayores Enfermos	Jóvenes	F	Sig.
Satisfacción con la vida (0-15)	12,31 (2,38)	11,81 (2,75)	10,64 (2,36)	8,654	p<0,001
Orientación al presente (0-21)	10,53 (4,59)	10,90 (4,84)	6,59 (2,51)	25,317	p<0,001

Tabla 20. Bienestar de los participantes en el estudio según el SWLS de Diener *et al.* (1985) y el SRWS de Villar *et al.* (2010)

Como se aprecia en la tabla 20, las puntuaciones medias en ambos tipos de bienestar muestran diferencias en función del grupo. Gráficamente, estas medias se expresarían a partir de una gráfica como la siguiente:



Gráfica 9. Bienestar de los participantes en el estudio según puntuaciones directas del SWLS de Diener et al. (1985) y el SRWS de Villar et al. (2010)

Como observamos en la gráfica 9, el bienestar hedónico (satisfacción con la vida) y el eudaimónico (orientación al presente) parecen seguir trayectorias diferentes.

En cuanto al primero, es mayor en los grupos de mayores que en el de jóvenes. La prueba de Tukey reveló que estas diferencias fueron significativas en ambos casos, tanto cuando se comparaba a jóvenes con mayores activos (dif. medias 1,67; $p < 0,001$) como cuando se comparaban con mayores enfermos (dif. medias = 1,17; $p < 0,05$), aunque en este caso los niveles de significación estadística fueron menores. Cuando se compararon las medias de los dos grupos de mayores, los valores fueron estadísticamente equivalentes.

En cuanto al bienestar eudaimónico, sin embargo, resultó bastante más elevado en los jóvenes (recordemos que, a más orientación al presente, menos bienestar eudaimónico). La diferencia con los mayores enfermos (dif. medias = -4,31; $p < 0,001$) fue mayor que con los mayores activos (-3,94; $p < 0,001$). Como sucedía en el bienestar hedónico, los niveles de bienestar eudaimónico en los dos grupos de mayores fueron estadísticamente equivalentes.

En cuanto a la relación entre ambos, el coeficiente de correlación de Pearson fue de $r = 0,22$ ($p < 0,001$), indicando que a mayor satisfacción con la vida (bienestar hedónico), la tendencia era hacia una mayor orientación al presente (es decir, menor bienestar eudaimónico). En cierta medida, ambos tipos de bienestar parecen inversamente relacionados en nuestra muestra.

Se realizaron comparaciones de medias, mediante la prueba t de Student, para saber si estas medidas de bienestar diferían entre hombres y mujeres. En ningún caso se obtuvieron diferencias significativas. Tampoco cuando se seleccionaron sólo los participantes de los dos grupos de personas mayores.

En cuanto a la edad, tomando los dos grupos de mayores, se obtuvo una correlación negativa con el bienestar hedónico ($r = -0,43$) y con el bienestar eudaimónico ($r = 0,143$, es decir, a más edad más orientación al presente), pero en ningún caso estas correlaciones alcanzaron el nivel de significación estadística.

6.1.7. Estilo de vida y autocuidado

Respecto al *estilo de vida*, se calcularon las puntuaciones medias de cada grupo en las dimensiones contempladas por el cuestionario aplicado para evaluar este constructo. Las dimensiones fueron seis: nutrición, responsabilidad con la salud, actividad física, manejo del estrés, consumo de sustancias tóxicas y otros hábitos (higiénicos y sexuales). Para hacer comparables las puntuaciones aun teniendo cada dimensión un número diferente de ítems, se dividió la suma de los ítems de cada dimensión por el total de ítems que contenía.

Los resultados se observan en la siguiente tabla 21, en la que los valores medios se expresan en un rango de puntuación que va de 0 a 3 puntos:

Estilo de vida	Mayores Activos	Mayores Enfermos	Jóvenes	F	Sig.
Nutrición	2,28 (0,44)	2,15 (0,48)	1,47 (0,46)	63,845	p<0,001
Responsabilidad con la salud	2,62 (0,56)	2,62 (0,52)	1,82 (0,52)	53,722	p<0,001
Actividad física	1,75 (0,70)	1,30 (0,83)	0,84 (0,61)	29,107	p<0,001
Manejo del estrés	1,85 (0,75)	1,57 (0,82)	1,56 (0,71)	3,132	p<0,05
Consumo de sustancias tóxicas	2,62 (0,40)	2,33 (0,79)	2,35 (0,57)	3,388	p<0,05
Hábitos higiénicos y sexuales	2,97 (0,17)	2,96 (0,47)	2,89 (0,37)	2,847	n.s.

Tabla 21. Dimensiones del estilo de vida de los participantes en el estudio

En la tabla 21 se observa que el grupo de mayores activos es el que tiende a tener un estilo de vida más saludable. Su puntuación media es la más elevada en las seis dimensiones del cuestionario utilizado.

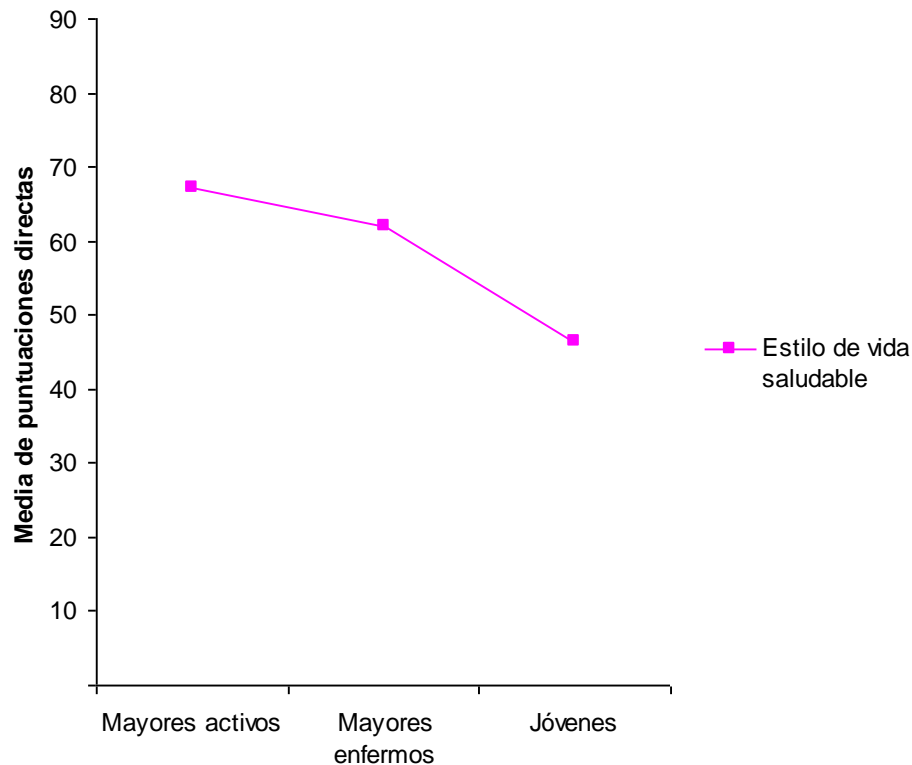
En Nutrición, la puntuación media de los dos grupos de mayores fue equivalente, mientras ambos grupos diferían significativamente de la puntuación obtenida por los jóvenes (dif. medias = 0,81, p<0,001 y dif. medias = 0,67, p<0,001 respectivamente). En Responsabilidad con la salud se daba exactamente el mismo caso, los grupos de mayores eran equivalentes y ambos diferían de el de los jóvenes (dif. medias = 0,79, p<0,001 y dif. medias = 0,79, p<0,001 respectivamente).

En Actividad física, los mayores activos diferían tanto de los jóvenes (dif. medias = 0,91, p<0,001) y de los mayores enfermos (dif. medias = 0,45, p<0,01), mientras éstos, a su vez, también obtenían puntuaciones más elevadas que los jóvenes (dif. medias = 0,46, p<0,01). En Consumo de sustancias, la única diferencia estadísticamente significativa apareció entre el grupo de mayores activos y el de jóvenes (dif. medias = 0,26, p<0,05).

Finalmente, en el Manejo del estrés y en Hábitos higiénicos y sexuales, los tres grupos obtenían puntuaciones medias que no diferían entre sí significativamente, comparadas en pares.

Globalmente, si comparamos las puntuaciones directas de todos los ítems del cuestionario sumados (con un rango total de 0 a 90, una vez revertidas las puntuaciones de los ítems pertenecientes a la dimensión 'Consumo de sustancias tóxicas'), se observa que los mayores activos mantienen un estilo de vida más saludable que los mayores enfermos (dif. medias = 5,20; p<0,05) y, especialmente, que los jóvenes (dif. medias = 20,69, p<0,001). Los mayores enfermos también obtienen puntuaciones significativamente más elevadas que los jóvenes

(dif. medias = 15,49, $p < 0,001$). Se observan gráficamente estas diferencias en la siguiente gráfica 10:



Gráfica 10. Medición de medias de puntuaciones directas del estilo de vida de los participantes en el estudio

Adicionalmente, se compararon hombres y mujeres en cada una de las dimensiones del cuestionario de estilo de vida. Tomando toda la muestra, ninguna de las dimensiones, ni tampoco la puntuación total, mostró diferencias significativas entre hombres y mujeres, utilizando la *t* de Student.

Cuando se limitó la muestra sólo a las personas mayores, sí aparecieron diferencias. Así, las mujeres tenían puntuaciones medias significativamente más elevadas que los hombres en Actividad física ($t(127) = -2,12$; $p < 0,05$), Nutrición ($t(126) = -2,09$; $p < 0,05$) y Responsabilidad con la salud ($t(126) = -2,27$; $p < 0,05$). La puntuación total también era claramente más elevada, como promedio, en el grupo de mujeres ($t(117) = -3,37$; $p < 0,001$).

Respecto a la edad, tomando exclusivamente los dos grupos de personas mayores, ninguna correlación con las diferentes dimensiones de estilo de vida saludable, ni con la puntuación total, fue estadísticamente significativa.

Los comportamientos relacionados con el estilo de vida y el cuidado de la salud también se exploraron a partir de una pregunta abierta, que fue la siguiente: “¿Qué acciones de cuidado o autocuidado realiza en la vida diaria para conservar su salud y estilo de vida?”. Por acciones de cuidado se entiende la búsqueda y ejecución actividades orientadas conservar la vida y la salud y a evitar la presencia de enfermedades.

Referente al *autocuidado*, los participantes podían ofrecer tres respuestas diferentes a esta pregunta. Estas respuestas se sometieron a un análisis de contenido que dio lugar a un sistema de ocho categorías, que agrupaban ocho comportamientos diferenciados. Fueron los siguientes:

- Cuidados médicos: agrupa respuestas referentes a acciones o tratamientos que implican a un profesional de la medicina y de otras ciencias de la salud, incluyendo el seguimiento de prescripción de medicamentos, las visitas periódicas al médico o a los programas de salud o actividades que tienen que ver con pruebas diagnósticas, terapias y procesos de rehabilitación. Algunos ejemplos de respuesta incluidos en esta categoría fueron las siguientes:

“Ir al médico para mis exámenes de rutina”

“Me tomo los medicamentos cumplidamente”

“Realizar chequeos médicos”

“Cumplir con mis citas médicas”

“Estar en terapias”

- Alimentación: se incluyen las actividades que las personas investigadas realizan relativas a hábitos dietéticos saludables, a una buena alimentación, sana, balanceada, tanto en la comida (sólida) como en la hidratación (líquidos). Algunos ejemplos son los siguientes:

“Tener una buena alimentación”

“Comer sanamente”

“Tomo mucha agua”

“Aumentar el consumo de frutas y verduras”

“Trato de alimentarme lo más balanceado posible”

- Actividad física: agrupa respuestas que mencionan actividades de promoción de la salud mediante la actividad física programada, que incluye el ejercicio físico regular con independencia de su intensidad, y/o la práctica de deportes. Algunos ejemplos de respuestas son las siguientes:

“Ejercicio diario espiritual y corporal”

“Siempre camino 30 minutos”

“Caminar una hora o una hora y media”

“Caminar 30 minutos 3 o 4 veces a la semana”

- Interacción social: se recogen en esta subcategoría todas las respuestas referentes al mantenimiento de relaciones interpersonales y sociales, con familia, amigos, mantenimiento de compañía, contactos, asistencia a grupos. Algunos ejemplos son los siguientes:

“Relacionarme con los demás y disfrutar de su compañía”

“Vida muy activa (social, académica, espiritual)”

“Me relaciono con mis amigos, conservo mis amistades”

“Mantener buenas relaciones con familiares y amigos”

“Reunión con amigas y hermanas”

“Expresar sentimientos con mi pareja”

- Evitación de riesgos: incluye son las actividades que realizan las personas investigadas con el ánimo de obtener protección, evitar riesgos, peligros o accidentes que pueden poner en peligro la salud, predisponer a enfermedades o ser contrarios a un estilo de vida saludable. Algunos ejemplos literales son los siguientes:

“Cuidarme de una caída”

“Cuidarme de cortaduras, porque estoy anticoagulada”

“Evitar el trasnocho”

“Evitar las adicciones”

“Evitar riesgos innecesarios”

“Tener cuidado donde vaya, en las calles”

“Evito exponerme en lugares de riesgo”

“Limpiar bien todo por temor a infecciones”

- Integridad: en esta categoría se reúnen todas las respuestas de actividades relativas a tener una actitud positiva con la vida y con uno mismo (incluyendo la autoestima y la felicidad), el logro de elementos espirituales o la búsqueda de tranquilidad, autocontrol y armonía. Algunos ejemplos de respuestas incluidas en esta categoría son los siguientes:

“Trato de tener actitud positiva frente a la vida”

“Orar todos los días”

“Armonía conmigo misma y con los demás”

“Darle gracias a Dios diariamente por la vida”

“Quererme mucho”

“Permanecer sin preocupaciones”

“Sonreírle a cada situación desfavorable que se me presenta”

“Procuro tomar las cosas y devenires con calma”

“No sembrar rencor, ni odio”

- Higiene: esta categoría agrupa respuestas que tienen que ver con el aseo, la limpieza corporal y mantener una imagen pulida y arreglada, incluyendo actividades tendentes a mejorar el aspecto físico o apariencia personal. Algunas respuestas que son un buen ejemplo de esta categoría son las siguientes:

“Una buena higiene corporal”

“Prácticas de aseo e higiene”

“El aseo diario”

“Ponerme bonita”

“Cuidado en mi vestimenta”

“Arreglo personal”

- Ocio: agrupa respuestas relacionadas con actividades y distracciones que resultan agradables y gratificantes que las personas realizan en su tiempo libre. Algunos ejemplos son los siguientes:

“Participación en actividades recreativas y culturales”

“Lectura, mi actividad principal”

“Hago crucigramas diario”

“Salir de compras”

“Diversión”

“Dormir y descansar”

“Recreación, paseos, caminata”

“Salir al campo con frecuencia”

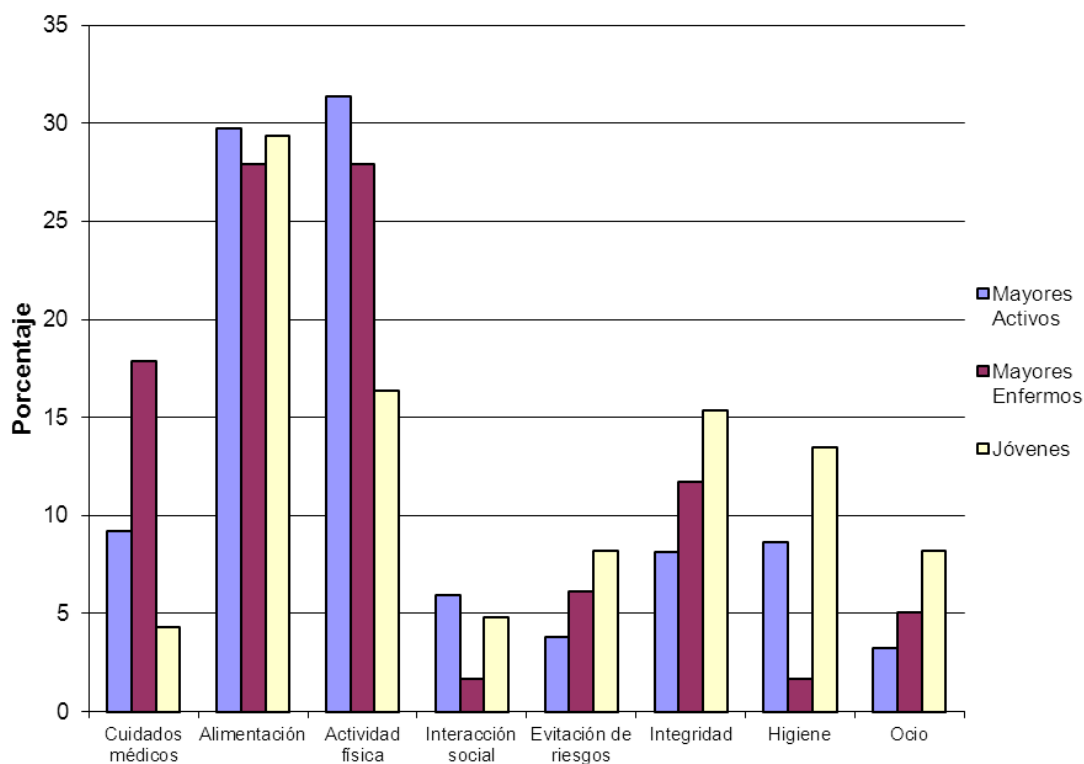
Para el cálculo de las frecuencias se tuvo en cuenta que, dado que una misma persona ofrecía tres respuestas, varias de esas repuestas podrían ser del mismo tipo y ser contabilizadas dentro de la misma categoría, extremando de manera artificial su frecuencia. Para evitar este efecto, cuando dos respuestas procedentes de la misma persona se incluían en la misma categoría, se contaron como sólo una.

Teniendo en cuenta esto, la frecuencia de las categorías fue la siguiente, desglosada por grupo:

Acciones de cuidado y autocuidado	Mayores Activos	Mayores Enfermos	Jóvenes	X ²	Sig.
Cuidados médicos	17 (9,2%)	32 (17,8%)	9 (4,3%)	25,445	p = 0,000
Alimentación	55 (29,7%)	50 (27,9%)	61 (29,3%)	0,585	n.s.
Actividad física	58 (31,35%)	50 (27,9%)	34 (16,3%)	34,125	p = 0,000
Interacción social	11 (5,9%)	3 (1,6%)	10 (4,8%)	4,778	n.s.
Evitación de riesgos	7 (3,7%)	11 (6,1%)	17 (8,1%)	3,346	n.s.
Integridad	15 (22,4%)	21 (11,7%)	32 (15,8%)	5,718	n.s.
Higiene	16 (23,9%)	3 (1,7%)	28 (13,4%)	5,063	n.s.
Ocio	6 (9,0%)	9 (5,0%)	17 (8,1%)	5,173	n.s.

Tabla 22. Frecuencia de acciones de cuidado y autocuidado en el estilo de vida de los participantes en el estudio.

La comparación entre los diferentes grupos se observa de manera más gráfica en la siguiente figura:



Gráfica 11. Porcentaje de acciones de cuidado y autocuidado en el estilo de vida de los participantes en el estudio

Observamos en la gráfica anterior como, con independencia el grupo, el control de la alimentación es una estrategia muy frecuente en relación con la salud. Entrando en las diferencias, vemos como los grupos de mayores mencionan especialmente los cuidados médicos y la actividad física como estrategias y estilos de vida que realizan para conservar la salud. En el caso de los jóvenes, las cuestiones más actitudinales (recogidas en la categoría 'integridad'), la higiene y la evitación de riesgos son más frecuentes que en los mayores.

Respecto a las diferencias entre los dos grupos de mayores, destaca como los cuidados médicos se mencionan más en el grupo con enfermedades crónicas, alcanzando esta diferencia la significación estadística.

6.2. Perspectiva temporal y metas

De acuerdo con las expectativas de resultados enunciadas en el capítulo 4, la perspectiva temporal futura (es decir, la percepción del 'tiempo por vivir' y la valoración que la persona hace de ese tiempo) está relacionada con las metas que la persona establece, ya sea en

términos de proyectos vitales, de expectativas de futuro o de deseos y temores. En concreto, esperábamos que una menor perspectiva temporal (en términos de puntuaciones en el FTPS de Carstensen y Lang, 1996, y de edad subjetiva y su comparación con la edad cronológica) promoviera representaciones de futuro más centradas en la estabilidad y el mantenimiento de lo que ya se tiene (en lugar de metas centradas en el crecimiento). Respecto al contenido de las metas, una perspectiva temporal acortada favorecería la presencia de metas relacionadas con la salud.

Comentaremos los resultados en referencia a estas hipótesis, diferenciando entre proyectos vitales, expectativas de futuro, deseos y temores.

6.2.1. Perspectiva temporal y proyectos vitales

La asociación entre la orientación hacia el mantenimiento y la perspectiva temporal futura se comprobó mediante correlaciones biseriales puntuales entre tener o no un proyecto centrado en el mantenimiento, las puntuaciones en el FTPS de Carstensen y Lang (1996) y las dimensiones en las que se podía descomponer (Tiempo Infinito, Oportunidades y Limitaciones), la estimación de años por vivir, la edad subjetiva y la diferencia entre edad cronológica y edad subjetiva.

Observamos las correlaciones en la siguiente tabla 23:

Perspectiva temporal futura y orientación al mantenimiento (proyecto de vida)	Orientación hacia el mantenimiento
Años por vivir	-0,54***
Edad subjetiva	0,38***
Tiempo infinito	-0,03
Oportunidades	-0,14*
Limitaciones	0,08
FTPS	-0,14*
Dif. edad cronológica – edad subjetiva	-0.438

Tabla 23. Correlaciones biseriales puntuales entre indicadores de perspectiva temporal futura y orientación hacia el mantenimiento en proyecto de vida (***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05)

Como se puede observar, los signos de las correlaciones son los esperados: a mayor perspectiva de futuro, menor orientación hacia el mantenimiento. Cuando la persona se atribuye más edad subjetiva, es más probable la orientación hacia el mantenimiento, mientras que esta orientación es menos frecuente entre quienes piensan que tienen todavía muchos años por vivir. Sin embargo, llama la atención que las correlaciones con las puntuaciones en el FTP, supuestamente las que evalúan más directamente la perspectiva temporal futura, son las menos elevadas.

Estas correlaciones significativas, sin embargo, podrían ser un artefacto debido a la edad. Como la perspectiva temporal disminuye con la edad, quizá las correlaciones se deban a los efectos de la edad, y no tanto de la perspectiva temporal per se. Para descartar esta interpretación, se llevaron a cabo las mismas correlaciones que anteriormente, pero parcializando (es decir, extrayendo) los efectos de la edad. Vemos los resultados en la siguiente tabla 24:

Perspectiva temporal futura y orientación al mantenimiento extrayendo la edad	Orientación hacia el mantenimiento
Años por vivir	-0,11
Edad subjetiva	-0,08
Tiempo infinito	0,02
Oportunidades	-0,03
Limitaciones	-0,13
Perspectiva Temporal Futura	0,05
Dif. edad cronológica – edad subjetiva	0,08

Tabla 24. Correlaciones parciales entre indicadores de perspectiva temporal futura y orientación hacia el mantenimiento en proyecto de vida, extrayendo la influencia de la edad (**p<0,001; *p<0,01; *p<0,05)

Se observa cómo, una vez parcializada la edad, ninguna de las correlaciones alcanza el nivel de significación estadística, lo que sugiere que, en realidad, la perspectiva temporal no se relaciona con la orientación hacia el mantenimiento, sino que es la edad la variable que creaba esa relación.

La segunda de las hipótesis sugería que la perspectiva temporal futura se relacionaría con la salud. Para comprobarlo, repetimos los análisis anteriores, pero tomando como variable criterio las menciones a la salud.

Observamos las correlaciones en la siguiente tabla 25:

Perspectiva temporal futura y proyectos vitales centrados en salud	Proyectos de vida centrados en salud
Años por vivir	-0,33***
Edad subjetiva	0,30***
Tiempo infinito	-0,09
Oportunidades	-0,09
Limitaciones	0,07
FTP	-0,12
Dif. edad cronológica – edad subjetiva	0,30**

Tabla 25. Correlaciones biserials puntuales entre indicadores de perspectiva temporal futura y proyectos de vida centrados en la salud (**p<0,001; *p<0,01; *p<0,05)

Como sucedía con la orientación hacia el mantenimiento, en este caso la dirección de las correlaciones es la predicha, aunque las puntuaciones en la escala FTP (y en sus componentes) ya no correlacionan de manera significativa con la presencia de proyectos de vida centrados en la salud.

Si extraemos los efectos de la edad, las correlaciones se modifican de la siguiente manera:

Perspectiva temporal futura y orientación al mantenimiento extrayendo la edad	Proyectos de vida centrados en salud
Años por vivir	0,07
Edad subjetiva	-0,07
Tiempo infinito	-0,01
Oportunidades	0,05
Limitaciones	-0,09
Perspectiva Temporal Futura	0,06
Dif. edad cronológica – edad subjetiva	0,07

Tabla 26. Correlaciones parciales entre indicadores de perspectiva temporal futura y proyectos de vida centrados en la salud, extrayendo la influencia de la edad (**p<0,001; *p<0,01; *p<0,05)

Observamos que, como sucedía anteriormente, extraer los efectos de la edad disminuye radicalmente la magnitud de las correlaciones, que dejan de ser estadísticamente significativas en todos los casos. Estos resultados sugieren que la perspectiva temporal futura tiene poco que ver con mencionar más o menos la salud como proyecto de vida, siendo la edad la variable clave.

6.2.2. *Perspectiva temporal y expectativas*

Respecto a las respuestas a la pregunta ‘En el futuro, yo...’ se siguió la misma estrategia que en el apartado anterior. En este caso, sin embargo, al no haberse codificado la orientación motivacional, sólo se probó la relación entre perspectiva temporal y menciones a la salud. Los resultados de las correlaciones biseriales puntuales se encuentran en la siguiente tabla 27:

Perspectiva temporal futura y expectativas en salud	Expectativas centradas en salud
Años por vivir	-0,36***
Edad subjetiva	0,29***
Tiempo infinito	0,04
Oportunidades	-0,07
Limitaciones	0,10
FTP	-0,05
Dif. edad cronológica – edad subjetiva	-0,21**

Tabla 27. Correlaciones biseriales puntuales entre indicadores de perspectiva temporal futura y expectativas en la salud (**p<0,01; *p<0,05)

Observamos que las correlaciones son las esperadas: a mayor perspectiva temporal, menores expectativas centradas en la salud. Sin embargo, a pesar de ello las correlaciones entre el FTP y las menciones a la salud no alcanzan la significación estadística, ni para la puntuación total ni para sus componentes (Tiempo infinito, Oportunidades y Limitaciones).

Si extraemos los efectos de la edad, las correlaciones se modifican de la siguiente manera:

Perspectiva temporal futura y expectativas en salud, extrayendo la edad	Expectativas centradas en salud
Años por vivir	-0,09
Edad subjetiva	0,03
Tiempo infinito	0,08
Oportunidades	0,02
Limitaciones	0,06
Perspectiva Temporal Futura	0,08
Dif. edad cronológica – edad subjetiva	-0,03

Tabla 28. Correlaciones parciales entre indicadores de perspectiva temporal futura y expectativas centradas en la salud, extrayendo la influencia de la edad (**p<0,001; *p<0,01; *p<0,05)

Como vemos, las correlaciones entre indicadores de perspectiva temporal y expectativas centradas en la salud eran un producto espúreo de la edad: cuando extraemos la influencia de la edad, las correlaciones desaparecen.

6.2.3. Perspectiva temporal y deseos

La relación entre la orientación hacia el mantenimiento en las respuesta a la frase incompleta ‘cuando sea más mayor me gustaría...’ y la perspectiva temporal futura se comprobó, como en los casos anteriores, mediante correlaciones biseriales puntuales. Observamos las correlacione en la siguiente tabla 29:

Perspectiva temporal futura y orientación al mantenimiento (deseos de futuro)	Orientación hacia el mantenimiento
Años por vivir	-0,34***
Edad subjetiva	0,30***
Tiempo infinito	-0,02
Oportunidades	-0,13
Limitaciones	0,10
FTP	-0,12
Dif. edad cronológica – edad subjetiva	-0.23***

Tabla 29. Correlaciones biseriales puntuales entre indicadores de perspectiva temporal futura y orientación hacia el mantenimiento en deseos de futuro (***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05)

Los signos de las correlaciones son los esperados, aunque sólo alcanzan la significación estadística en el caso de la estimación de años por vivir, la edad subjetiva y la diferencia entre edad cronológica y subjetiva. Para evaluar hasta qué punto ese patrón de correlaciones aparece debido a la edad, se realizaron las correspondientes correlaciones parciales, que figuran en la siguiente tabla 30:

Perspectiva temporal futura y orientación al mantenimiento (deseos de futuro) extrayendo la edad	Orientación hacia el mantenimiento
Años por vivir	0,01
Edad subjetiva	0,07
Tiempo infinito	0,04
Oportunidades	-0,04
Limitaciones	-0,03
Perspectiva Temporal Futura	0,02
Dif. edad cronológica – edad subjetiva	0,01

Tabla 30. Correlaciones parciales entre indicadores de perspectiva temporal futura y orientación hacia el mantenimiento en deseos de futuro, extrayendo la influencia de la edad (***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05)

Se observa cómo, una vez parcializada la edad, las correlaciones tienden a cero, y en ningún caso se obtiene un nivel de significación estadística.

La literatura sobre el tema también parece indicar que la perspectiva temporal futura se relacionaría con los deseos centrados en la salud: a mayor perspectiva temporal, menos deseos centrados en ese ámbito. Para comprobarlo, repetimos los análisis anteriores, pero tomando como variable criterio las menciones a la salud:

Perspectiva temporal futura y deseos de futuro centrados en la salud	Deseos de futuro centrados en salud
Años por vivir	-0,28***
Edad subjetiva	0,19**
Tiempo infinito	-0,11
Oportunidades	-0,20**
Limitaciones	0,08
FTP	-0,16*
Dif. edad cronológica – edad subjetiva	0,18*

Tabla 31. Correlaciones biserials puntuales entre indicadores de perspectiva temporal futura y deseos de futuro centrados en la salud (***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05)

Como vemos, en este caso no sólo la edad subjetiva y la estimación de años por vivir, sino también la puntuación en el FTP correlacionaba (y en la dirección esperada) con las menciones a deseos centrados en la salud.

Sin embargo, una vez extraída la influencia de la edad mediante correlaciones parciales, las asociaciones quedan de la siguiente manera:

Perspectiva temporal futura y deseos de futuro centrados en la salud extrayendo edad	Deseos de futuro centrados en salud
Años por vivir	0,10
Edad subjetiva	0,02
Tiempo infinito	0,05
Oportunidades	-0,16
Limitaciones	-0,02
Perspectiva Temporal Futura	-0,08
Dif. edad cronológica – edad subjetiva	0,02

Tabla 32. Correlaciones parciales entre indicadores de perspectiva temporal futura y deseos de futuro centrados en la salud, extrayendo la influencia de la edad (**p<0,001; *p<0,01; *p<0,05)

En este caso, todas las correlaciones tienden a cero excepto una: cuando los participantes tendían a percibir más oportunidades de futuro, existía una menor probabilidad de que mencionaran deseos de futuros centrados en la salud. Aunque la dirección de esta relación es la esperada, la desaparición del resto de asociaciones hace pensar que, en su mayoría, la relación entre perspectiva temporal y deseos centrados en salud es un artefacto creado por la edad y, en realidad, no se da.

6.2.4. Perspectiva temporal y temores

Por último, en la frase incompleta que pretendía recoger las preocupaciones que suscitaba el futuro ('Lo que me preocupa del futuro es...') se analizó de la misma manera en relación a la perspectiva temporal futura. Las correlaciones entre sus indicadores y las preocupaciones que se centraban en la salud fueron las siguientes:

Perspectiva temporal futura y temores en salud	Temores centrados en salud
Años por vivir	-0,36***
Edad subjetiva	0,20**
Tiempo infinito	0,01
Oportunidades	-0,02
Limitaciones	0,13
FTP	-0,06
Dif. edad cronológica – edad subjetiva	-0,38**

Tabla 33. Correlaciones biseriales puntuales entre indicadores de perspectiva temporal futura y temores en salud (**p<0,001; **p<0,01; *p<0,05)

Una vez más, se sigue el mismo patrón que en los anteriores apartados: la dirección de las correlaciones es la esperada, y se alcanzan niveles significativos en todos los indicadores de perspectiva temporal menos en las puntuaciones del FTP (y de sus componentes).

Si extraemos los efectos de la edad, las correlaciones quedan como sigue:

Perspectiva temporal futura y temores en salud extrayendo la edad	Temores centrados en salud
Años por vivir	-0,06
Edad subjetiva	- 0,13
Tiempo infinito	0,06
Oportunidades	0,11
Limitaciones	0,06
Perspectiva Temporal Futura	0,08
Dif. edad cronológica – edad subjetiva	-0,13

Tabla 34. Correlaciones parciales entre indicadores de perspectiva temporal futura y temores centrados en la salud, extrayendo la influencia de la edad (**p<0,001; **p<0,01; *p<0,05)

Nuevamente, la significación de las correlaciones desaparece. Cabe señalar que la edad subjetiva cambia su signo de correlación, indicando que a mayor edad subjetiva, menores menciones a temores respecto a la salud. De todas formas, no se alcanza tampoco aquí la

significación estadística, con lo que cabe interpretar que, una vez extraído el efecto de la edad, la perspectiva temporal futura y la mención o no de temores en relación a la salud no se relacionan entre sí.

6.3. Predictores de la orientación motivacional de las metas

6.3.1. Proyectos

De acuerdo con las expectativas de resultados comentadas en el capítulo 4, se esperaba que, con independencia del grupo al que pertenecía la persona (cuyo efecto se ha analizado en el apartado 6.1.5), la edad y el estado de salud serían buenos predictores de la orientación motivacional de las metas. En concreto, se esperaba que la orientación hacia las ganancias fuese mayor a menor edad y a mejor estado de salud.

Observamos estas relaciones, evaluadas a partir de correlaciones biserial-puntuales, en la siguiente tabla:

Diversas variables y proyectos de vida centrados en ganancias	Proyectos de vida centrados en ganancias
Edad	-,544(**)
Edad subjetiva	-,360(**)
Salud subjetiva	,031
Número de medicamentos	-,321(**)
Autonomía	,062
Perspectiva temporal futura	,126
Años por vivir	,533(**)

Tabla 35. Correlaciones biserial-puntuales entre diferentes variables y la presencia de proyectos de vida centrados en ganancias (**p<0,01; *p<0,05)

Observamos en la tabla 35 como las relaciones predichas parecen cumplirse: los indicadores de edad correlacionan en el sentido esperado con los proyectos centrados en ganancia (negativamente la edad y edad subjetiva, positivamente la estimación de años por vivir), como así también lo hace el estimador de salud objetiva, el número de medicamentos consumidos, que correlaciona negativamente con la presencia de proyectos centrados en ganancias. Sin embargo, la estimación subjetiva de salud no parece estar en relación con este tipo de proyectos.

Debido a que diversas de estas variables están intercorrelacionadas (por ejemplo, a mayor edad también peor estado de salud), se llevó a cabo una regresión logística para tratar de aislar el efecto de cada variable. A esta regresión se añadieron, además, otros factores de carácter sociodemográfico. Los resultados se observan en la siguiente tabla:

Variable criterio: Mención a ganancias (sí/no), R^2 de Nagelkerke = 0,575

Mención/no mención a proyectos vitales centrados en ganancias.	<i>W de Wald</i>	<i>Odd ratio</i>	<i>IC 95%</i>	<i>Signif.p</i>
Sexo (mujeres = 0)	,921	1,774	[,550 5,716]	,337
Estado civil (no casado = 0)	,014	,941	[,349 2,543]	,905
Estudios	1,030	1,198	[,845 1,698]	,310
Nivel socioeconómico	,166	,917	[,603 1,393]	,684
Grupo (jóvenes = 0)				
Mayores Activos	9,410	,003	[,000 ,123]	,002
Mayores Enfermos	7,865	,005	[,000 ,199]	,005
Edad	2,193	1,062	[,981 1,150]	,139
Edad subjetiva	2,845	1,036	[,994 1,079]	,092
Salud subjetiva	,000	,998	[,486 2,052]	,996
Número de medicamentos	,891	,927	[,791 1,085]	,345
Autonomía	,299	1,082	[,816 1,435]	,584
Perspectiva Temporal Futura	,947	,963	[,892 1,039]	,330
Años por vivir	6,197	1,073	[1,015 1,134]	,013

Tabla 36. Regresión logística binaria sobre la mención/no mención a proyectos vitales centrados en ganancias.

Observamos por una parte como las variables consideradas explican gran parte de la varianza, llegando el estimador R^2 a 0,575. Sin embargo, de todas las variables consideradas, solo el grupo (los dos grupos de mayores, en comparación con los jóvenes) y la variable 'años por vivir' parecen influir significativamente en mencionar más (en el caso de los años por vivir) o menos (en el caso del grupo) ganancias en los proyectos de vida. La salud, en cambio, no parece tener influencia una vez se tienen en cuenta el resto de variables.

Adicionalmente se hicieron los mismos análisis para los proyectos de vida centrados en la salud. Las correlaciones fueron las siguientes:

Diferentes variables y la presencia de proyectos de vida centrados en la salud	Proyectos de vida centrados en salud
Edad	,422(**)
Edad subjetiva	,303(**)
Salud subjetiva	,010
Número de medicamentos	,184(**)
Autonomía	-,130
Perspectiva temporal futura	-,120
Años por vivir	-,329(**)

Tabla 37. Correlaciones biserials puntuales entre diferentes variables y la presencia de proyectos de vida centrados en la salud (**p<0,01; *p<0,05)

Se observa cómo, una vez más, tanto la edad (en sus diferentes medidas: cronológica, subjetiva o estimación de años por vivir) como el indicador de salud objetiva se relacionan con proyectos centrados en salud, de la manera predicha (justo a la inversa que en relación con los proyectos de vida centrados en ganancias).

Con la misma lógica que anteriormente, se llevó a cabo una regresión logística, en este caso con la presencia (o no) de proyectos de vida centrados en salud como variable criterio. Se observan los resultados en la siguiente tabla:

Variable criterio: Mención a salud (sí/no), R² de Nagelkerke = 0,333

Mención/no mención a proyectos vitales centrados en salud	W de Wald	Odd ratio	IC 95%		p
Sexo (mujeres = 0)	,696	,640	,224	1,825	,404
Estado civil (no casado = 0)	,004	,971	,393	2,397	,949
Estudios	1,799	,807	,591	1,104	,180
Nivel socioeconómico	,005	,986	,674	1,443	,941
Grupo (jóvenes = 0)	3,600				,165
Mayores Activos	3,001	19,786	,675	579,632	,083
Mayores Enfermos	3,548	26,897	,875	826,761	,060
Edad	,124	1,013	,942	1,090	,724
Edad subjetiva	,005	,999	,963	1,036	,944

Salud subjetiva	,278	1,195	,616	2,321	,598
Número de medicamentos	,002	1,003	,859	1,172	,966
Autonomía	,456	1,104	,828	1,473	,499
Perspectiva Temporal Futura	,030	1,006	,938	1,079	,863
Años por vivir	,649	1,020	,972	1,069	,421

Tabla 38. Regresión logística binaria sobre la mención/no mención a proyectos vitales centrados en salud

En este caso ninguna variable alcanzó un efecto estadísticamente significativo, aunque el grupo (mayores sanos vs mayores enfermos vs jóvenes) casi alcanza ese nivel de significación.

6.3.2. Deseos

De manera similar a lo expuesto en el apartado anterior, se esperaba que también en la pregunta sobre deseos de futuro la edad y la salud estuviesen relacionadas con la mención de ganancias.

Diferentes variables y deseos centrados en ganancias	Deseos centrados en ganancias
Edad	-,425(**)
Edad subjetiva	-,343(**)
Salud subjetiva	,023
Número de medicamentos	-,196(**)
Autonomía	,067
Perspectiva temporal futura	,149(*)
Años por vivir	,378(**)

Tabla 39. Correlaciones biseriales puntuales entre diferentes variables y la presencia de deseos centrados en ganancias (**p<0,001; *p<0,01; *p<0,05)

En tabla anterior se observa que esto es así. Como ocurría con los proyectos de vida, la edad se relaciona de la manera esperada con los deseos centrados en ganancias, y el número de medicamentos consumidos (indicador de salud objetiva) también. En cambio, la salud objetiva no está relacionada con la presencia de deseos centrados en ganancias.

Como en el apartado anterior, se llevó a cabo también una regresión logística, con los siguientes resultados:

Variable criterio: Mención a ganancias (sí/no), R^2 de Nagelkerke = 0,327

Mención/no deseos ganancias	mención centrados	a en	<i>W de Wald</i>	<i>Odd ratio</i>	<i>IC 95%</i>	<i>Signif.p</i>
Sexo (mujeres = 0)			2,434	,441	,158, 1,233	,119
Estado civil (no casado = 0)			3,128	,396	,142, 1,105	,077
Estudios			3,036	,739	,526, 1,038	,081
Nivel socioeconómico			,700	,850	,582, 1,243	,403
Grupo (jóvenes = 0)						,869
Mayores Activos			,267	,392	,011, 13,686	,605
Mayores Activos			,278	,376	,010, 14,214	,598
Edad			,071	,989	,914, 1,071	,789
Edad subjetiva			,296	,989	,950, 1,029	,587
Salud subjetiva			,234	,855	,453, 1,613	,629
Número de medicamentos			,241	,956	,800, 1,143	,623
Autonomía			,608	,887	,655, 1,200	,435
Perspectiva Temporal Futura			,001	1,001	,929, 1,080	,971
Años por vivir			,027	,997	[,885, 1,134]	,870

Tabla 40. Regresión logística binaria sobre la mención/no mención a deseos centrados en ganancias.

Se observa cómo, en este caso, ninguna variable por separado parece predecir la mayor o menor presencia de deseos centrados en ganancias.

Respecto a los deseos centrados en la salud, las relaciones bivariantes con indicadores de edad y la salud se observan en la siguiente tabla:

Diferentes variables y deseos centrados en salud	Deseos centrados en salud
Edad	,255(**)
Edad subjetiva	,185(**)
Salud subjetiva	,055
Número de medicamentos	,072
Autonomía	-,051
Perspectiva temporal futura	-,159(*)
Años por vivir	-,288(**)

Tabla 41. Correlaciones biseriales puntuales entre diferentes variables y la presencia de deseos centrados en salud (**p<0,001; **p<0,01; *p<0,05)

En la tabla se observa como la edad, la edad subjetiva y los años por vivir se relacionan de la manera esperada con los deseos centrados en la salud. Sin embargo, ningún indicador de salud se relaciona con la presencia o no de deseos centrados precisamente en la salud.

Para aclarar estas relaciones, la aproximación multivariable que supone la regresión logística arroja los siguientes resultados:

Variable criterio: Mención a ganancias (sí/no), R^2 de Nagelkerke = 0,186

Mención/no mención deseos centrados en salud	a	W de Wald	Odd ratio	IC 95%	Signif.p
Sexo (mujeres = 0)		,017	1,068	,402, 2,838	,895
Estado civil (no casado = 0)		,176	1,210	,497, 2,944	,675
Estudios		,181	1,070	,784, 1,458	,671
Nivel socioeconómico		,040	1,038	,718, 1,501	,842
Grupo (jóvenes = 0)					,348
Mayores Activos		2,007	9,867	,416, 234,304	,157
Mayores Enfermos		1,545	7,747	,307, 195,513	,214
Edad		,833	,967	,901, 1,039	,362
Edad subjetiva		,058	1,004	,970, 1,040	,809
Salud subjetiva		,767	1,327	,704, 2,501	,381
Número de medicamentos		,823	,931	,798, 1,086	,364
Autonomía		,457	,912	,698, 1,191	,499

Perspectiva Temporal Futura	1,020	,966	,903, 1,033	,312
Años por vivir	1,280	,977	,938, 1,017	,258

Tabla 42 .Regresión logística binaria sobre la mención/no mención a deseos centrados en salud.

Se observa como no sólo la magnitud de la varianza explicada es pequeña (apenas llega a 0,19), sino que ninguna variable de las introducidas en el análisis logra alcanzar niveles predictivos que sean estadísticamente significativos.

6.3.3. Temores

En el caso de los temores, lógicamente no encontramos orientaciones motivacionales de las metas centradas en ganancias (¡a nadie le preocupa ganar cosas!). Por ello los análisis se centraron en las menciones a la salud. Las relaciones bivariantes de las preocupaciones centradas en la salud, la edad y estado de salud se encuentran en esta tabla:

Diferentes variables y temores centrados en la salud	Preocupaciones centradas en la salud
Edad	,395(**)
Edad subjetiva	,199(**)
Salud subjetiva	-,004
Núm. medicamentos	,112
Autonomía	-,022
Perspectiva temporal futura	-,066
Años por vivir	-,376(**)

Tabla 43. Correlaciones biserials puntuales entre diferentes variables y la presencia de temores centrados en la salud (**p<0,001; *p<0,01; *p<0,05)

Una vez más, las variables edad, edad subjetiva y años por vivir se relacionan con las preocupaciones centradas en la salud, estableciéndose las relaciones predichas. Sin embargo, el estado de salud no está relacionado con mencionar o no preocupaciones centradas en la salud.

La aproximación multivariable que implica el análisis de la regresión logística ofrece los siguientes resultados:

Variable criterio: Mención a salud (sí/no), R^2 de Nagelkerke = 0,319

Mención/no temores centrados en la salud	W de Wald	Odd ratio	IC 95%	Signif.p
Sexo (mujeres = 0)	,066	1,137	,427 3,026	,119
Estado civil (no casado = 0)	,478	,726	,293 1,798	,077
Estudios	3,330	,741	,537 1,022	,081
Nivel socioeconómico	,109	1,065	,734 1,544	,403
Grupo (jóvenes = 0)				,869
Mayores Activos	,102	,595	,024 14,462	,605
Mayores Enfermos	,247	,437	,017 11,406	,598
Edad	2,911	1,067	,990 1,150	,789
Edad subjetiva	1,406	,978	,942 1,015	,587
Salud subjetiva	1,681	,658	,350 1,239	,629
Número de medicamentos	,324	,955	,816 1,118	,623
Autonomía	2,802	1,285	,958 1,724	,435
Perspectiva Temporal Futura	,695	1,030	,960 1,105	,971
Años por vivir	1,696	,974	,193 ,974	,870

Tabla 44. Regresión logística binaria sobre la mención/no mención a temores centrados en la salud

Se observa que ninguna de las variables tenidas en cuenta predice, de manera significativa, la presencia de preocupaciones centras en la salud.

6.4. Bienestar y metas

De acuerdo con las expectativas que se tenían, una orientación motivacional de las metas hacia la ganancia debería suponer un mayor bienestar, especialmente en los grupos de mayores.

Para comprobar esta hipótesis, se realizó un análisis de la varianza, tomando como variable independiente la presencia o ausencia de una orientación motivacional hacia la ganancia. Sin embargo, como vimos en el apartado 6.1.5, las orientaciones motivacionales se encuentran muy relacionadas con la edad (son mucho más frecuentes en el grupo de jóvenes que en los de

mayores). Por otra parte, como vimos en el apartado 6.1.6, la edad también estaba relacionada con las puntuaciones de bienestar.

Por ello, y para evitar que este factor, la edad, actuara como variable de confundido, se introdujo también el grupo (jóvenes, mayores activos, mayores enfermos) en el análisis de la varianza. Si la orientación motivacional hacia la ganancia actuara de manera independiente a la edad (y al grupo), su impacto debería ser significativo incluso en este caso.

Para las respuestas a la pregunta sobre proyectos vitales, y tomando como variable dependiente la puntuación de satisfacción con la vida (SWLS de Diener), los resultados fueron los siguientes:

Grupo y mención de ganancias en proyectos personales sobre la satisfacción en la vida	F	Sig.
Grupo (jóvenes, mayores activos, mayores enfermos)	2,314	n.s.
Mención de ganancias (sí/no)	0,006	n.s.
Interacción	0,418	n.s.

Tabla 45. Análisis de la varianza: grupo y mención de ganancias en proyectos personales sobre la satisfacción en la vida

Como vemos, ni los efectos principales de las dos variables ni la interacción entre ambas alcanzaron la significación estadística. Realizando el mismo análisis, pero sobre la orientación al presente (medida de bienestar eudaimónico), los resultados son los mismos:

Grupo y mención de ganancias en proyectos personales sobre orientación al presente	F	Sig.
Grupo (jóvenes, mayores activos, mayores enfermos)	2,794	n.s.
Mención de ganancias (sí/no)	0,324	n.s.
Interacción	0,968	n.s.

Tabla 46. Análisis de la varianza: grupo y mención de ganancias en proyectos personales sobre orientación al presente

Se realizaron los mismos análisis para las menciones a ganancias en la pregunta sobre deseos de futuro. En el caso de la satisfacción con la vida como variable dependiente, los resultados se expresan en la siguiente tabla 47:

Grupo y mención de ganancias en deseos de futuro sobre la satisfacción en la vida	F	Sig.
Grupo (jóvenes, mayores activos, mayores enfermos)	6,691	p=0,002
Mención de ganancias (sí/no)	0,003	n.s.
Interacción	0,817	n.s.

Tabla 47. Análisis de la varianza: grupo y mención de ganancias en deseos de futuro sobre la satisfacción en la vida

Observamos cómo, en este caso, el grupo sí tenía un efecto sobre las puntuaciones en satisfacción con la vida. Este efecto, a partir de un análisis de pruebas post de Scheffe, se observó que provenía de la diferencia de los jóvenes con los dos grupos de mayores. En cambio, las medias en estos dos grupos de mayores fueron equivalentes.

En cuanto a la orientación al presente, los resultados son los siguientes:

Grupo y mención de ganancias en deseos de futuro sobre orientación al presente	F	Sig.
Grupo (jóvenes, mayores activos, mayores enfermos)	20,911	p<0,000
Mención de ganancias (sí/no)	0,003	n.s.
Interacción	0,291	n.s.

Tabla 48. Análisis de la varianza: grupo y mención de ganancias en deseos de futuro sobre orientación al presente

Vemos como el impacto del grupo es significativo, incluso en mayor medida que en el caso anterior. Este impacto venía dado, como sucedía con la satisfacción con la vida, por la diferencia entre jóvenes y mayores, mientras los mayores no diferían entre ellos.

En materia de temores futuros, no disponíamos de la orientación motivacional. Por ello, se repitieron los análisis tomando como variable independiente la mención a la salud. Se trataba de comprobar si aquellas personas cuyos objetivos se centraban en la salud, tenían mayor bienestar que los que no.

Los resultados respecto a la satisfacción con la vida fueron los siguientes:

Grupo y mención a la salud en temores de futuro sobre la satisfacción en la vida	F	Sig.
Grupo (jóvenes, mayores activos, mayores enfermos)	4,955	p=0,008
Mención a la salud (sí/no)	0,234	n.s.
Interacción	0,298	n.s.

Tabla 49. Análisis de la varianza: grupo y mención a la salud en temores de futuro sobre la satisfacción en la vida

Una vez más, el factor grupo influyó en la satisfacción con la vida (especialmente, de acuerdo con la prueba de Scheffe, debido a las diferencias entre jóvenes y mayores, pero no a la diferencia entre estos entre sí). Sin embargo, mencionar preocupaciones en relación a la salud o no parecía no tener ningún efecto.

Exactamente los mismos resultados (incluso más acentuados) se dieron cuando el bienestar se tomó a partir de las medidas de orientación al presente:

Grupo y mención a la salud en temores de futuro sobre la orientación al presente	F	Sig.
Grupo (jóvenes, mayores activos, mayores enfermos)	17,222	p<0,000
Mención a la salud (sí/no)	0,337	n.s.
Interacción	0,737	n.s.

Tabla 50. Análisis de la varianza: grupo y mención a la salud en temores de futuro sobre la orientación al presente

6.5. Perspectiva temporal y bienestar

Las relaciones entre la perspectiva temporal y el bienestar también se analizaron. De acuerdo con las expectativas de resultados, ambas variables se deberían encontrar relacionadas, como así observamos en la siguiente tabla, que presenta las correlaciones de Pearson bivariadas entre los indicadores de perspectiva temporal por una parte y las medidas de bienestar (hedónico y eudaimónico) incluidas en el trabajo. Se añadió a este análisis la medida del estilo de vida, teniendo en cuenta la puntuación global en el cuestionario que se incluyó en el trabajo.

Medidas de bienestar y medidas de perspectiva temporal	Satisfacción con la vida	Orientación al presente
Tiempo infinito	0,22**	0,04
Oportunidades	0,14*	-0,27**
Limitaciones	-0,15*	0,36**
Dif. edad real-subjetiva	0,26**	0,18*
Estilo de vida	0,45**	0,18*

Tabla 51. Correlaciones de Pearson entre medidas de bienestar y medidas de perspectiva temporal.

Observamos que existen relaciones significativas entre ambos bloques de variables, aunque en general son modestas. Únicamente destaca como, a mayor percepción de limitaciones y menor percepción de oportunidades, mayor orientación al presente (es decir, menor bienestar

eudaimónico). El estilo de vida también parece estar estrechamente relacionado con la satisfacción (bienestar hedónico).

Estas variables, junto con otras de carácter sociodemográfico y relacionadas con la salud, se introdujeron en análisis de la regresión lineal, utilizando el método introducir. Los resultados, tomando como variable dependiente la satisfacción en la vida, se observan en la siguiente tabla 52:

Método introducir, con satisfacción con la vida como variable dependiente	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	4,318	3,186		1,355	n.s.
sexo	-,828	,525	-,136	-1,579	n.s.
edad	,002	,019	,015	,117	n.s.
nivel de estudios	,153	,163	,075	,938	n.s.
participación	-,099	,061	-,163	-1,611	n.s.
Autonomía	-,116	,131	-,089	-,883	n.s.
Salud subjetiva	,999	,380	,280	2,628	p<0,01
Salud comparativa	-,082	,429	-,017	-,191	n.s.
Núm. medicamentos	,004	,082	,006	,055	n.s.
Tiempo infinito	,178	,106	,168	1,684	n.s.
Oportunidades	,026	,134	,019	,198	n.s.
Limitaciones	-,031	,077	-,036	-,409	n.s.
Dif. edad subjetiva	,008	,020	,041	,388	n.s.
Estilo de vida	,097	,020	,513	4,952	p<0,001

R² = 0,33

Tabla 52. Regresión lineal con método introducir, con satisfacción con la vida como variable dependiente.

Se observa como sólo dos variables parecen predecir la satisfacción con la vida: la salud subjetiva por una parte, el estilo de vida por otra. Los indicadores de perspectiva temporal no parecen desempeñar un papel importante en la predicción del bienestar hedónico.

En cuanto a la orientación al presente, los resultados de la regresión lineal se observan en la siguiente tabla:

Método introducir, con orientación al presente como variable dependiente	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	5,553	4,951		1,121	n.s.
Sexo	,176	,853	,016	,206	n.s.

Método introducir, con orientación al presente como variable dependiente	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
Edad	,069	,030	,260	2,289	p<0,05
Nivel de estudios	,806	,273	,219	2,956	p<0,01
Participación	-,067	,097	-,061	-,693	n.s.
Autonomía	-,317	,200	-,143	-1,582	n.s.
Salud subjetiva	,248	,623	,040	,398	n.s.
Salud comparativa	,342	,715	,040	,478	n.s.
Núm. medicamentos	,040	,129	,029	,311	n.s.
Tiempo infinito	-,564	,168	,296	3,363	p<0,001
Oportunidades	-,606	,222	-,242	-2,727	p<0,01
Limitaciones	,387	,122	,254	3,168	p<0,01
Dif. edad subjetiva	-,014	,032	-,042	-,440	n.s.
Estilo de vida	,005	,034	,015	1,46	n.s.

R² = 0,36

Tabla 53. Regresión lineal con método introducir, con satisfacción con la vida como variable dependiente.

En este caso, tanto la edad como el nivel de estudios parecen predecir mayor orientación al presente. La perspectiva temporal también alcanza valores estadísticamente significativos, con el tiempo infinito y la presencia de oportunidades prediciendo menores niveles de orientación al presente, mientras sucede lo contrario con la percepción de limitaciones.

En este caso, el estilo de vida no parece un predictor relevante del bienestar eudaimónico.

6.6. Metas y estilo de vida

Un último bloque de análisis tenía como propósito examinar las posibles relaciones entre la orientación motivacional de las metas (en concreto, la presencia de metas en forma de ganancias) y el estilo de vida, tomado como la puntuación final del cuestionario que se incluyó en el trabajo para evaluarlo.

En el caso de las respuestas a los proyectos de vida, los resultados de un análisis de la varianza, con el grupo y la mención a ganancias como variables independientes, los observamos en la siguiente tabla 54:

Grupo y mención ganancias en proyectos de futuro sobre el estilo de vida	F	Sig.
Grupo (jóvenes, mayores activos, mayores enfermos)	21,370	p=0,000
Mención de ganancias (sí/no)	0,052	n.s.
Interacción	1,876	n.s.

Tabla 54. Análisis de la varianza: grupo y mención ganancias en proyectos de futuro sobre el estilo de vida

Se observa cómo mientras el grupo sí parece predecir el estilo de vida (con una diferencia clara entre mayores, que puntúan más con independencia de que sean activos o enfermos) y los jóvenes, cuya media en el cuestionario de estilo de vida es significativamente menor.

Si tomamos las respuestas a la pregunta sobre deseos de futuro, los resultados son los siguientes:

Grupo y mención a ganancias en deseos de futuro sobre el estilo de vida	F	Sig.
Grupo (jóvenes, mayores activos, mayores enfermos)	41,879	p=0,000
Mención de ganancias (sí/no)	2,563	n.s.
Interacción	0,205	n.s.

Tabla 55. Análisis de la varianza: grupo y mención a ganancias en deseos de futuro sobre el estilo de vida

Como vemos, son muy similares, e incluso acentuados (las diferencias entre grupos de mayores y de jóvenes son aún mayores) que en el caso anterior. La mención a ganancias parece no tener nada que ver con llevar un estilo de vida u otro, como sucedía también en el caso anterior.

Por último, tomando en cuenta las respuestas a la pregunta sobre preocupaciones de futuro (y la mención o no a la salud en este caso) produce igualmente resultados similares, como observamos en la siguiente tabla 56:

Grupo y mención a la salud en temores de futuro sobre el estilo de vida	F	Sig.
Grupo (jóvenes, mayores activos, mayores enfermos)	36,746	p=0,000
Mención a salud (sí/no)	0,006	n.s.
Interacción	0,418	n.s.

Tabla 56. Análisis de la varianza: grupo y mención a la salud en temores de futuro sobre el estilo de vida

SÉPTIMO CAPÍTULO

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Las metas y su dinámica a lo largo del ciclo vital son un elemento clave para comprender tanto el proceso de adaptación a los cambios que implica vivir como los esfuerzos para conseguir envejecer con éxito. Como se comentó en la primera parte de este trabajo, las metas son, en todo caso, representaciones de futuro que las personas desean lograr, conservar o evitar. Las metas guían el comportamiento, dirigen los caminos que escogemos para lograrlas, lo que posibilita la función de ser evaluadoras y comparadoras, a su vez, del estado presente. Son componentes fundamentales de la personalidad, la caracterizan, comprendida ésta en el marco interactivo persona y entorno: la persona escoge sus propios proyectos vitales, pero también el contexto sociocultural es uno de los factores determinantes en esa elección.

Es también muy importante para nosotros deducir la influencia que tiene la variable salud en las metas de los mayores, dado que a medida que se envejece la probabilidad de experimentar problemas de salud, más o menos graves, aumenta. Ésta cada vez mayor presencia de los problemas de salud (tanto en la propia persona mayor, como en las personas de su generación) y la conciencia de la finitud de la vida (del acercamiento de la persona a un fin que ya no es teórico, sino más concreto) podría tener implicaciones para el comportamiento (expresados, por ejemplo, en la búsqueda de un adecuado estilo de vida que les permita conservar su funcionalidad física y cognitiva), para el bienestar y la satisfacción con la vida que la persona es capaz de extraer. La salud es también una importante presión que insta al cambio de metas evolutivas, y quizá los efectos sobre el comportamiento y el bienestar vengan dados, al menos en parte, por la capacidad de la persona para llevar a cabo dicho ajuste en sus metas.

Ambos ejes de análisis (la comparación de las metas en diferentes momentos de la vida, la comparación de las metas entre mayores con problemas de salud y mayores activos) son el núcleo de nuestro trabajo y han inspirado los resultados obtenidos. Para su interpretación,

recuperaremos los objetivos y expectativas de resultados expuestas en el capítulo 4 del presente trabajo.

7.1. Discusión

7.1.1. Contenido de las metas

El primer hallazgo relevante en referencia al contenido de las metas es que la distribución de respuestas se agrupa de manera muy similar en tres de las cuatro preguntas que se utilizaron para generar esas metas. Así, con independencia de que se pregunte por el principal proyecto de vida, por una expectativa neutra respecto al futuro, o por un deseo a conseguir en ese futuro, el tipo de metas que se obtuvieron fue muy similar. Esto, aparte de ofrecer robustez a los resultados obtenidos (ya que no sólo las categorías en las que se agruparon las metas fueron similares, sino también lo fueron, en líneas generales, las frecuencias que alcanzaron las diferentes categorías en cada grupo), nos indica que, incluso cuando se pregunta por expectativas, las personas tienden a mencionar representaciones deseadas de futuro. La única pregunta que generó respuestas diferentes fue, obviamente, la que se dirigía explícitamente a preguntar sobre temores de futuro.

Respecto a las respuestas obtenidas, los resultados indican una clara distinción entre los grupos de mayores y el de jóvenes. Estas diferencias se ajustan al tipo de metas que autores como Erikson (1950) o Havighurst (1973) plantean para esas etapas. Así, los jóvenes plantean metas de futuro vinculadas al logro de ciertos roles o a la adquisición de ciertos estatus, en particular en el ámbito de la familia (casarse, ser madre, etc.) o en el ámbito laboral y de formación (acabar los estudios, ser un buen profesional, etc.), elementos éstos que caracterizan a los adultos jóvenes, embarcados en el dilema de la intimidad vs el aislamiento según Erikson, o en tareas evolutivas vinculadas al paso hacia un estatus adulto según Havighurst.

En contraste con los jóvenes, los mayores mencionan metas de futuro a menor largo plazo, en cierta medida menos ambiciosas y más vinculadas al presente. Destacan dos tipos de metas: las focalizadas en la salud (o en el mantenimiento de la salud) y las focalizadas en alcanzar o sostener una situación de bienestar emocional óptima. Estas respuestas coinciden con algunas de las tareas evolutivas que Havighurst (1973) sitúa en la vejez, y son totalmente coherentes con estudios anteriores (Cross y Markus, 1991, Nurmi, 1992, Lapierre y cols., 2001, Hooker, 1992).

En relación con la influencia de un cierto calendario de metas o tareas evolutivas asociado a la edad, también es destacable como las metas que de acuerdo con Erikson son típicas de la mediana edad, aquellas vinculadas a la generatividad, aparecen con poca frecuencia (al menos comparativamente) tanto en los grupos de mayores como en el grupo de jóvenes. Así, a pesar de que, especialmente entre los mayores, algunos estudios han enfatizado que el interés generativo continúa en la vejez (ver, por ejemplo, Villar, en prensa), cuando han de escoger una meta principal (un proyecto de vida, un deseo), el que escogen no está relacionado con este tipo de intereses.

En el caso de los temores, los resultados obtenidos son también consistentes con esta visión: mientras en los jóvenes los principales temores se refieren a no conseguir el logro de hitos de desarrollo futuro (en relación, una vez más, a aspectos de tipo familiar y profesional), en los mayores la salud parece como preocupación prioritaria. Tanto en jóvenes como en mayores, la posibilidad de pérdidas en ámbitos de relación social (categoría 'Vinculación') aparece como segundo gran temor de futuro.

Como era esperable, la salud aparece de manera más frecuente al pensar en temores (aproximadamente, un 60% de las respuestas en mayores activos, un 40% en mayores enfermos) que en el resto de preguntas. Por ejemplo, en la pregunta sobre el proyecto de vida, la salud también es muy importante para los mayores, pero su mención apenas supera el 30%.

En este sentido, nuestros resultados no son sorprendentes en absoluto, y confirman las conclusiones de la investigación realizada hasta el momento respecto a las metas y su cambio a lo largo del ciclo vital. Estas metas están íntimamente vinculadas a los temas y retos que la sociedad plantea en cada momento de la vida: conseguir nuevas cosas en el caso de los jóvenes, mantener lo que ya se tiene (especialmente cuando se ve amenazado) en el caso de los mayores. De esta manera, las metas personales se ajustan a las necesidades de cada momento de la vida y reflejan una estructura de expectativas sociales respecto a lo que se puede aspirar o a lo que hay que temer en cada etapa vital.

Si la edad (o, en sentido más estricto, la posición de la persona dentro del ciclo vital) determina el tipo de meta escogida (ya sea positiva, deseos, o negativa, temores), entre los mayores una circunstancia personal tan destacable como tener o no una enfermedad crónica parece tener una influencia mucho menor.

Así, cuando comparamos los patrones de respuesta de los dos grupos de mayores, no encontramos ni grandes diferencias ni diferencias sistemáticas. En el principal proyecto de vida, ambos grupos mencionan la salud en primer lugar, tanto en los mayores con problemas crónicos en esta dimensión como en los mayores relativamente sanos que llevan una vida

activa. Si bien se esperaba que para los mayores enfermos esta meta fuese más saliente, esto no parece ser así: cuando escogen un proyecto de vida, no hay diferencias. Sí las hay, en la dirección esperada, cuando mencionan expectativas de futuro, pero sorprendentemente, la diferencia es la contraria a la esperada (los mayores activos mencionan más la salud que los enfermos) cuando aluden a deseos de futuro. De manera similar a los deseos, cuando los participantes han de escoger un temor de futuro, también los mayores activos mencionan en mayor medida que los enfermos la salud como principal temor.

También contrariamente a lo esperado, incluso el grupo de mayores activos parece mencionar más que los mayores enfermos la búsqueda de un estado de bienestar presente como proyecto de vida y como expectativa de futuro (aunque no hay diferencias cuando se habla de deseos). De acuerdo con alguna de las teorías mencionadas en la introducción (por ejemplo, la teoría socioemocional de Carstensen), la presencia de una enfermedad crónica podría ser un factor que impulsase a la persona a valorar el presente, las emociones positivas que se pueden conseguir aquí y ahora. Sin embargo, la categoría bienestar, que podría recoger esta idea, como hemos mencionado no es más frecuente entre los mayores enfermos, sino menos.

Estos resultados no parecen tener una explicación sencilla. Sin embargo, quizá se podría pensar que el control juega un papel en las metas para la salud: los miembros del grupo de pacientes crónicos estaban haciendo ya algo para controlar su estado de salud, lo que logra disminuir la ansiedad que pueden producir esos problemas, reducir su saliencia dentro del sistema de metas. En cambio, los mayores activos desean sobre todo mantener su estado y temen fundamentalmente perder la posición privilegiada en la que se encuentran, una actitud que parece estar en concordancia con los estereotipos negativos (de dependencia, pasividad, decadencia, etc.) asociados a la última etapa de la vida (Angus y Reeve, 2006, Thornton, 2002). Verse como la excepción a una situación que, de acuerdo con estos estereotipos debería ser peor, quizá refuerza el valor de la salud y el bienestar presente dentro de su sistema de metas, tanto positivas (deseos) como negativas (temores). Obviamente, interpretaciones de este tipo necesitarían ser puesta a prueba por posteriores estudios, ya que nuestros datos y resultados no aportan indicios en este sentido.

Respecto a la generatividad, su presencia entre los mayores es tan escasa (como se mencionó anteriormente) que poco se puede decir. Sin embargo, cuando aparece de manera más frecuente, al hablar del principal proyecto de vida, las diferencias existentes van en la dirección esperada: entre los mayores activos y sanos, los proyectos generativos son más frecuentes que entre los mayores con enfermedades crónicas. Como la investigación anterior ha mostrado, el buen estado de salud parece ser un prerrequisito para la aparición (o mantenimiento) en la

vejez de ciertas conductas e intereses típicamente generativos, a la vez que estos comportamientos generativos promueven la salud (Keyes y Ryff, 1998).

7.1.2. Orientación motivacional de las metas

Tal y como se expuso en el capítulo 1, la psicología del ciclo vital ha propuesto que los objetivos se pueden agrupar en tres orientaciones motivacionales fundamentales: las ganancias (o crecimiento), el mantenimiento y la prevención de pérdidas (Baltes, Lindenberger y Staudinger, 2006; Baltes, y Smith, 2004). La presencia de estos tres tipos de orientaciones en las metas se ve sólo parcialmente confirmada por los resultados obtenidos. Así, mientras los resultados sí muestran claramente menciones a ganancias y mantenimiento, las menciones en las metas de futuro respecto a la prevención de pérdidas no aparecieron. Quizá, como sugieren Ebner, Freund y Baltes (2006) el mantenimiento y la prevención de pérdidas podrían formar parte de la misma dimensión. Cuando la probabilidad de pérdida aumenta, en la vejez, una forma de prevenir la pérdida es concentrarse en mantener lo que ya se tiene. Así, el mantenimiento puede incluir la permanencia de lo ya conseguido, la continuación de cambios positivos (p.e. Timmer *et al.* 2003) y también la evitación de cambios negativos. Todo ello conduce a un mismo fin, el mantenimiento del *statu quo*.

Los resultados respecto a la orientación motivacional de las metas reproducen lo esperado desde la psicología del ciclo vital. Mientras los jóvenes se concentran en crecer y conseguir nuevas ganancias, en los mayores lo fundamental es el mantenimiento. Este patrón de resultados se observa claramente tanto en las respuestas respecto al principal proyecto de vida, donde en los mayores las ganancias representan un 30-40% de las menciones (frente a más del 90% en los jóvenes) como en las respuestas a los deseos de futuro, en los que las ganancias representan menos 20% de las menciones en los mayores (frente a más del 50% en los jóvenes). La coincidencia de ambos patrones avala la robustez del hallazgo: mientras los jóvenes se proponen mejorar y crecer, cambiar respecto al presente, los mayores desean, fundamentalmente, no perder y conservar el estado actual.

Sin embargo, también es destacable como las referencias a las ganancias, pese a ser minoritarias, no desaparecen en la vejez. Así, existe un porcentaje relevante de mayores que plantean objetivos vitales todavía centrados en el crecimiento. Este resultado implica que pérdida y ganancia se pueden plantear en cada etapa de la vida: no existen etapas sólo caracterizadas por las ganancias (típicamente, las primeras) o sólo caracterizadas por la pérdida (típicamente las últimas), sino que ambas forman parte de todo el ciclo vital. En

coherencia con los resultados de otros estudios (Freund y Smith, 2002; Heckhausen, Dixon y Baltes, 1989), más que simplemente sustituir crecimiento por mantenimiento en la vejez, la tendencia es a que el balance entre ambas cambie, y en la vejez pese más el mantenimiento.

Respecto a la diferencia entre los dos grupos de mayores, lo que se esperaba es que la presencia de problemas crónicos de salud acentuase la presencia de representaciones de futuro focalizadas en el mantenimiento. Cuando los mayores ven su salud gravemente amenazada, se esperaba que la tendencia fuese aferrarse a lo que ya se tiene, y no tanto esperar ganancias. Sin embargo, y como sucedía con el contenido de las metas, los resultados no confirman esta interpretación: las respuestas del grupo de mayores activos y del grupo de mayores sanos era muy similar y, en todo caso, sus diferencias no fueron significativas. Este hallazgo, una vez más, queda abierto a interpretaciones similares a las realizadas al comentar el contenido de las metas.

También, en la comparación entre grupos, resulta de interés conocer si la presencia de una perspectiva temporal reducida (o acortada) resulta un factor importante en la determinación de las orientaciones motivacionales de las metas. Esta perspectiva temporal podría ser la clave en el cambio de dicha orientación, más que la edad o el estado de salud.

Los resultados de los análisis de correlación llevados a cabo en este sentido (tablas 35, 37, 39, 41 y 43) ponen de manifiesto, en general, que los tres factores (edad, salud y perspectiva temporal) puede ser importantes a la hora de predecir esa orientación motivacional. La edad cronológica, la edad subjetiva y la estimación de años por vivir (este último, un indicador de perspectiva temporal) muestran asociaciones sistemáticas con la orientación motivacional de las metas generadas a partir de las cuatro frases incompletas utilizadas. El número de medicamentos consumidos diariamente (un indicador objetivo de salud) también muestra esa asociación.

Sin embargo, cuando se llevan a cabo los análisis multivariantes destinados a tener indicios de la fuerza comparativa de cada factor, sólo la edad (y, en concreto, ser joven o mayor, sin importar en cuál de los grupos de mayores se esté) y, de manera más modesta, los años por vivir, parecen predecir, en el caso de los proyectos de vida, la presencia de orientaciones motivacionales dirigidas a la ganancia. Es reseñable como ninguno de los tres factores parece predecir la presencia de metas centradas en la salud.

De esta manera, la perspectiva temporal futura (es decir, la creencia sobre un futuro más o menos limitado) no parece ser una variable que tenga un efecto separado y significativo en la orientación motivacional de las metas, al menos desde un punto de vista multivariable. En este sentido, nuestros resultados no parecen avalar las propuestas de Carstensen (2006) sobre la

importancia de la perspectiva temporal en la determinación de aquello que valoramos y a lo que aspiramos en cada momento de la vida.

7.1.3. Bienestar, metas y perspectiva temporal

Respecto al bienestar, los resultados de nuestro estudio se ajustan solo parcialmente a las expectativas que han sido expuestas en el capítulo 4.

En primer lugar, esperábamos que las medidas de bienestar hedónico, medido en nuestro caso a partir de las puntuaciones en la escala SWLS de satisfacción con la vida (Diener, et al., 1985), fuesen estables con independencia de la edad o el estado de salud. Sin embargo, en el caso del bienestar eudaimónico, medido en nuestro caso a partir la dimensión ‘orientación al presente’ extraída de la escala SRWS (Villar, et al., 2010), se esperaban diferencias en función de la edad: a más edad, más orientación al presente (y, por lo tanto, menor bienestar eudaimónico).

Los resultados indican que no sólo el bienestar hedónico no parece verse afectado negativamente por la edad, sino más bien todo lo contrario: es mayor entre los mayores activos, baja algo entre los mayores con enfermedades crónicas, y aún más entre los jóvenes. Así, parece que la edad no es un obstáculo para poder disfrutar de una alta satisfacción con la vida, más bien todo lo contrario: son los jóvenes quienes obtienen menores puntuaciones (aun dentro de unos niveles de satisfacción general). Es decir, envejecer (e incluso, envejecer con enfermedades crónicas) no supone dejar de poder encontrar placer al hecho de vivir, ni valorar la propia vida en términos inferiores a como los hacen los jóvenes. No se puede afirmar, en este sentido, que envejecer de felicidad, pero sí que seguramente no es un factor que, al menos *per se*, prediga un aumento de la infelicidad, ni mucho menos.

En el caso del bienestar eudaimónico, los resultados contrastan con los del bienestar hedónico y se ajustan a lo esperado: cuando el bienestar se entiende como el deseo de realizar el propio potencial, como una percepción de uno mismo ‘en desarrollo’, los mayores obtienen niveles muy inferiores a los jóvenes, y los mayores con enfermedades crónicas aún están más orientados al presente que los mayores activos. En este caso los efectos de la edad parecen claros, y son mayores que los encontrados para el caso del bienestar hedónico. Son, por otra parte, resultados coherentes no sólo con las investigaciones previas (ver, por ejemplo, Ryff, 1995), sino con los resultados obtenidos en este mismo estudio respecto a la orientación motivacional de las metas: en los grupos de mayores lo que prima es el mantenimiento (‘que me quede como estoy’), mientras que los jóvenes se implican mucho más en metas que

implican cambios a mejor, la consecución de nuevos estados deseados que se apartan del estado presente.

La concordancia entre ambas dimensiones (orientación hacia la ganancia y bienestar, especialmente bienestar eudaimónico) formaba parte también de nuestras expectativas de resultados. Así, se predecía que aquellas personas que tuviesen una mayor orientación hacia la ganancia, experimentarían beneficios en su bienestar (especialmente en su bienestar eudaimónico).

Los resultados son contradictorios en este sentido: mientras en el caso de los proyectos personales, la mención de ganancias no parece tener impacto en el bienestar (en ninguno de los dos tipos de bienestar evaluado), cuando se analizan las respuestas a los deseos de futuro, este efecto sí está presente. Y es incluso más fuerte en el caso del bienestar hedónico que en el caso del bienestar eudaimónico. En cualquier caso, los resultados no son concluyentes, aunque parece haber algunos indicios de que orientarse hacia la ganancia, al menos cuando uno se representa aquello que desea, sí puede tener beneficios para el bienestar no sólo eudaimónico (que conceptualmente es próximo a esa idea de desarrollo), sino también para el bienestar hedónico.

Por último, el bienestar también se hipotetizó que se vería influido por la perspectiva temporal. Así, en aquellas personas que (con independencia de la edad) tuviesen una perspectiva temporal acortada, tendrían mayores niveles de bienestar, y en concreto, de bienestar eudaimónico (que, como hemos visto, es el bienestar ligado a la idea de estar 'en desarrollo', con lo que tiene sentido que sea menor en aquellas personas que ven su futuro muy limitado).

En este sentido, cabe decir que la perspectiva temporal fue una dimensión que varió significativamente con la edad: era mucho mayor en los jóvenes que en los mayores (con independencia del indicador que se tome: la escala FTPS de Carstensen y Lang (1996), la estimación de años por vivir o la edad subjetiva). Las diferencias eran mucho menores, y en algunos casos no significativas, entre los grupos de mayores activos y mayores enfermos. Estas diferencias, sin embargo, tendían a seguir el patrón esperado (el grupo de mayores activos tendía a puntuar más elevado que los mayores enfermos en perspectiva temporal futura).

En cuanto a la relación entre perspectiva temporal y bienestar, se observa que los diferentes indicadores de cada factor tendían a estar correlacionados entre sí, cuando se analizan desde una perspectiva bivariable: los indicadores de mayor perspectiva temporal (mayor percepción de tiempo infinito, más oportunidades, menos limitaciones, mayor diferencia entre edad real y

cronológica) se asociaban a mayores puntuaciones en bienestar hedónico y, en general, a menores puntuaciones en bienestar eudaimónico.

Esta asociación era, sin embargo, más bien modesta. Cuando se analizaron de manera multivariable los predictores del bienestar (mediante análisis de regresión), la influencia de la perspectiva temporal sobre el bienestar desaparecía, y la variable con mayor poder predictivo era el estilo de vida: aquellos participantes con un estilo de vida más saludable tenían niveles de felicidad más elevados. En menor medida, también la edad subjetiva precedía altas puntuaciones en felicidad y satisfacción con la vida.

En el caso del bienestar eudaimónico, y de acuerdo con nuestras expectativas, la relación se mantenía: altas puntuaciones en las diferentes dimensiones medidas por el FTPS predecían, de la manera esperada, bajos niveles de bienestar eudaimónico, confirmando que la asociación entre ambos factores no es sólo conceptual, sino también empírica. Así, una perspectiva temporal acertada parece que no es obstáculo para conseguir altos niveles de felicidad y satisfacción, pero sí lo es para verse a sí mismo 'en desarrollo' y en proceso de cambio.

7.1.4. Metas y estilo de vida

Por último entre nuestras expectativas de resultados se encontraba una asociación entre metas orientadas a la salud e implicación en comportamientos y estilos de vida saludables. Estos estilos de vida estarían especialmente presentes en mayores con enfermedades crónicas, quizá como respuesta a su estado.

Respecto a esta última idea, en nuestros resultados se encontró una clara relación entre edad e implicación en estilos de vida saludables: los jóvenes se implican mucho menos que los mayores en comportamientos que podríamos denominar 'saludables'. Este hallazgo es coherente con la mayor presencia entre los mayores de metas centradas en la salud. Para ellos la salud es un bien preciado, algo que puede estar amenazado, y cuidarla, a partir de comportamientos como el ejercicio, la buena alimentación o el control periódico con el doctor, es algo muy relevante. Sin embargo, para los jóvenes la salud es algo dado por supuesto, algo que se tiene por defecto y que, si bien se puede perder, esa posibilidad se contempla mucho menos (ver, por ejemplo, Villar, 1998).

Sin embargo, esta interpretación haría predecir diferencias entre mayores activos y con enfermedades crónicas: si para alguien la salud es algo muy relevante y amenazado, es precisamente para estos últimos, por lo que deberían implicarse más en comportamientos saludables. Pese a ello, en función de la dimensión del cuestionario de comportamientos

saludables que se tenga en cuenta, o bien no hay diferencias entre mayores activos y con enfermedades crónicas, o bien las diferencias significativas favorecen a aquellos, y no a éstos.

Una vez más, resulta difícil interpretar estos resultados. Como mencionábamos anteriormente, quizá el control que los mayores enfermos ejercen sobre su situación (a partir de la asistencia periódica y prescrita a centros de salud para someterse a tratamientos y controles) haga menos relevante el control personal que implica implicarse en comportamientos saludables. Quizá para los mayores sanos, enfatizar estos comportamientos sea el medio para preservar una situación, si no privilegiada (al menos de acuerdo con los estereotipos tradicionales de la vejez), si valorada favorablemente y que incluso se plantea como deseo de futuro.

Por otra parte, ni la presencia de metas asociadas a la ganancia, ni de metas asociadas a la salud predijo una implicación mayor en comportamientos saludables.

7.2. Conclusiones

A partir de los resultados y su discusión, las principales conclusiones que podemos extraer de nuestro estudio son las siguientes:

- El contenido de las metas cambia de manera muy apreciable en diferentes momentos de la vida. Mientras la salud es un ámbito central en las metas de futuro de las personas mayores, en los jóvenes lo es la consecución de hitos evolutivos ligados al logro de estatus evolutivos más avanzados (p.e. hitos ligados a la adultez, en los ámbitos laboral y familiar).
- La orientación motivacional de las metas también parece cambiar radicalmente con la edad. Mientras los jóvenes están fundamentalmente orientados a la ganancia, los mayores se centran de manera especial en el mantenimiento de aquello que ya tienen o que puede estar amenazado en el futuro.
- A pesar de lo anterior, las ganancias tienen presencia en el repertorio de metas evolutivas de los mayores, incluso de los mayores que tienen enfermedades crónicas. Así pues, la vejez no parece ser una etapa de la vida sólo de pérdidas o en lo que lo único importante sea mantenerse y hacer frente a esas pérdidas.
- Las expectativas evolutivas propias de la edad parecen más importantes que la presencia de ciertos problemas concretos (como las enfermedades) en la determinación de los objetivos vitales. Así, las diferencias entre los grupos de mayores activos y mayores con enfermedades crónicas eran muy pequeñas, y estos no mencionaban en mayor medida que aquellos problemas relativos a la salud. En la misma línea, variables como el grado de

autonomía, la estimación del estado de salud o el número de medicamentos consumidos diariamente tampoco se relacionaban con la frecuencia con la que los mayores mencionaban o no la salud como objetivo vital.

- A la hora de preceder la orientación motivacional de las metas, la perspectiva temporal futura no parece tener un efecto separable y mayor que variables como la edad cronológica (es decir, la posición de la persona dentro del ciclo vital) o el estado de salud.
- La presencia de metas evolutivas centradas en ganancias implica beneficios no sólo para la visión de uno mismo ‘en desarrollo’, sino para la mayor presencia de sentimientos de felicidad y satisfacción con la vida.
- Una perspectiva temporal acortada parece que no es obstáculo para conseguir altos niveles de felicidad y satisfacción, pero sí lo es para verse a sí mismo ‘en desarrollo’ y en proceso de cambio.
- Los mayores se implican en mayor medida que los jóvenes en estilos de vida saludables (en particular, en aspectos como el cuidado de la nutrición, la actividad física y el monitoreo y control de la propia salud). Los mayores activos se implican más en estos estilos de vida saludables que los mayores con enfermedades crónicas, aunque las diferencias no son tan acusadas como entre jóvenes y mayores.
- La orientación hacia la ganancia no implica necesariamente una mayor implicación en estilos de vida saludables.
- Una mayor implicación en comportamientos saludables predice mayores niveles de bienestar hedónico, asociado a la felicidad y a la satisfacción con la vida.

Por último, no queríamos dejar de señalar una última conclusión, en este caso metodológica. Se trata de la posibilidad, mostrada en nuestro trabajo, de estudiar las metas a partir de métodos cualitativos que implican una mayor espontaneidad y libertad por parte del participante. Hemos visto también como esas respuestas a instrumento cualitativos son susceptibles de cuantificación, y que esta cuantificación posibilita su integración con medidas más tradicionalmente cuantitativas, como las puntuaciones en cuestionarios y escalas.

7.3. Limitaciones

El estudio presenta algunas limitaciones que han de ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, en cuanto a las comparaciones entre grupos de edad, hemos de tener en cuenta que se trata de un estudio transversal, con lo que los efectos

de la edad y los de la generación se encuentran confundidos. Quizá las diferencias que en el estudio se han tendido a atribuir a efectos de tipo madurativo puedan en realidad deberse a factores de tipo histórico y cultural. Por ejemplo, quizá la rebaja en el nivel de ambición de los mayores participantes sea un atributo de la generación, más que del propio hecho de envejecer, y nuevas generaciones de mayores puedan tener ambiciones más elevadas y, por lo tanto, estar más orientadas a la ganancia que la generación de los participantes en nuestro estudio.

Por otra parte, y respecto a la comparación entre grupos de mayores activos y con enfermedades crónicas, la diferencia entre ambos grupos no fue todo lo grande que sería deseable. Ciertamente, y como se indica en la tabla 10, los indicadores escogidos sí mostraron diferencias significativas entre grupos (particularmente la estimación de a qué edad correspondería su estado de salud), lo que asegura que las diferencias existían. Sin embargo, quizá las enfermedades crónicas escogidas no fueron las más graves, y quizá la persona las había incorporado ya a su vida, se había acostumbrado a ellas y provocaban poca molestia cotidiana, lo que les restaba saliencia de cara a los objetivos y preocupaciones vitales. Los datos en el grupo de mayores con enfermedades respecto a la salud subjetiva, que muestran valoraciones optimistas (menos que en el grupo de mayores activos, pero todavía en la banda optimista), así parecen sugerirlo. Este factor puede haber actuado también como elemento de confusión, y ha de ser tenido en cuenta para interpretar hallazgos que no se esperaban (por ejemplo, la mayor implicación en comportamientos saludables del grupo de mayores activos, en comparación con el grupo de mayores con enfermedades crónicas). En un futuro, escoger un grupo de mayores activos más sanos y un grupo de personas mayores con enfermedades más graves, o que provocan mayor grado de discapacidad, podría ayudar a observar con mejor claridad los efectos que provocan sobre los objetivos vitales y el bienestar.

En este mismo sentido, el grupo de mayores activos asistía a un curso de la universidad de mayores entre cuyos contenidos había algunos relacionados con la salud. Esto quizá les haya podido hacer más conscientes de ellos, de las acciones preventivas y de autocuidado asociadas, lo que podría haber contribuido a reducir las diferencias (en cuanto a saliencia del ámbito de la salud y la enfermedad) con el grupo de mayores con problemas de salud.

Todos estos aspectos remiten a un factor de fondo, relacionado con la manera de obtener las muestras. Éstas se seleccionaron siguiendo criterios puramente intencionales, lo que dio lugar a muestras de tipo no probabilístico que limitan la capacidad de generalización de los resultados.

Aparte de las limitaciones asociadas a la muestra, el estudio también presentó alguna otra limitación adicional. Por ejemplo, sólo se recogió una muestra pequeña de metas personales, en forma del principal proyecto y tres expectativas de futuro (una neutra, una positiva, una negativa). Esto implica que la persona tuvo que seleccionar sus metas, no se recogió todo el repertorio de metas que puede llegar a tener una persona. Un repertorio, además, que puede ser más o menos amplio en diferentes personas.

Esta selección de metas, y la falta de garantía respecto a la presencia de criterios homogéneos con los que cada persona los hizo, puede haber sesgado en cierta medida las metas que se recogieron de manera efectiva. Pese a ello, la teoría (Markus y Herzog, 1991) sugiere que cuando se tiene que seleccionar entre metas, las personas seleccionan e informan de aquellos que tienen más saliencia (e importancia) en ese momento. Por ello, aunque se obtuvo sólo una pequeña representación de un repertorio de metas más amplio, probablemente es una parte significativa.

Por último, nuestro estudio no preguntó por aspectos como la extensión temporal de la meta (en cuánto tiempo se espera obtener) su el grado de probabilidad, su controlabilidad (es decir, si se trata de metas vitales que la persona considera de obtención probable si actúa de la manera adecuada, o de obtención improbable, haga lo que haga) o sobre los comportamientos que se están llevando a cabo para alcanzar esas metas. Todos estos aspectos son muy relevantes, pero se escapaban de los objetivos propuestos para el estudio. Sin embargo, futuros trabajos deberían abordar la influencia de estos aspectos, que pueden aportar valiosa información para conocer más la relación entre cognición (objetivos) y conducta, y sus implicaciones para el bienestar de las personas en general, y de los mayores en particular.

7.4. Perspectivas

Nuestro estudio abre o refuerza, a nuestro juicio, una serie de perspectivas muy relevantes en el ámbito del estudio de las metas en la vejez. En parte, estas perspectivas de estudios futuros se pueden dirigir a atenuar o eliminar las limitaciones identificadas en el apartado anterior. Por ejemplo, la realización de estudios con diversos puntos de medida podría arrojar más luz respecto al papel de la edad y de diversos problemas de salud en la determinación y cambio de objetivos vitales. No obstante, también somos conscientes de la dificultad de este tipo de estudios longitudinales, que en el caso de la vejez se han de extender necesariamente a lo largo de varios años para poder obtener diferencias asociadas a la edad/maduración.

Por otra parte, realizar estudios en los que los grupos a comparar sean más extremos puede aclarar algunos de los puntos que nuestro estudio deja como interrogantes. Por ejemplo, tener en cuenta por una parte mayores no sólo activos, sino que participan y contribuyen de manera relevante a la comunidad en la que viven a partir de actividades como el voluntariado o el trabajo remunerado. O tener en cuenta, en el otro extremo, mayores que tengan enfermedades crónicas más graves que las consideradas en nuestro estudio (por ejemplo, enfermedades terminales). En este mismo sentido, la inclusión de grupos de personas muy mayores, en los que las amenazas se multiplican (ver, por ejemplo, Baltes y Smith, 2003) puede ser también una vía interesante de nuevos estudios que examinen la dinámica de las metas evolutivas en la vejez, incluso en los momentos previos a la muerte.

Nuestros resultados destacan, por otra parte, la relevancia de la centralidad de la salud para otros ámbitos. Dado que nuestros recursos (materiales, temporales, motivacionales) son limitados, y lo son particularmente en la vejez, centrarse en la salud impide, por definición, dedicar recursos a otras metas y dimensiones, afectando a nuestras posibilidades de desarrollo en otros dominios. Por ello, si bien centrarse en la salud puede ser adaptativo, una excesiva focalización en este ámbito resta importancia a otros que también podrían implicar muchos beneficios en la última fase de la vida. Estudiar hasta qué punto las ganancias en un ámbito implican pérdidas (o al menos dejar de ganar), en otros es una vía interesante de investigación, y sus implicaciones para, por ejemplo, la teoría del ciclo vital y su concepción sobre la administración de recursos personales a lo largo de la vida es, a nuestro juicio, muy relevante.

También son apreciables algunas de las implicaciones prácticas que sugieren los resultados del estudio. En primer lugar, impulsar una visión de la vejez en la que la ganancia futura tenga cabida, supone no sólo eliminar estereotipos y prejuicios sobre la vejez, sino empoderar a las propias personas mayores, hacerles conscientes de las posibilidades que todavía tienen y de cómo tienen, si no todas las claves, al menos algunas de ellas para dirigir su vida de la manera que desean, hacia nuevos retos incluso.

Por otra parte, claramente el fomento de comportamientos saludables en la vejez parece que tiene consecuencias positivas que se extienden no sólo en el mantenimiento de ese ámbito (lo que nuestro estudio no muestra, pero sí investigaciones previas), sino también a la preservación de unos niveles elevados de bienestar y felicidad en la vejez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrews, F. M. y Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. New York: Plenum .
- Angus, J. y Reeve, P. (2006). Ageism: A threat to “aging well” in the 21st century. *Journal of Applied Gerontology, 25*, 137-152.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teen through the twenties. *American Psychologist, 55*, 469-480.
- Baltes, P.B. (1979). Life-Span Developmental Psychology: Some converging observations on history and theory. En P.B. Baltes y O.G. Brim (Eds.). *Life-span development and behavior. Vol. 2 (pp. 255-279)*. Nueva York: Academic Press.
- Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology, 23*, 611-626.
- Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. *American Psychologist, 52*, 366-380.
- 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: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. y Staudinger, U. M. (2006). Life span theory in developmental psychology. En W. Damon (Ed. de la serie) y R. M. Lerner (Ed. del volumen), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6a. ed. pp. 569–664). Nueva York, NY: Wiley.
- Baltes, P.B., Lindenberger, U. y Staudinger U.M. (1998). Life-span theory in developmental psychology. En W. Damon (Ed. de la serie); R.M. Lerner (Ed. del volumen), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (5a. ed. pp. 1029-1143). Nueva York: Wiley.

- Baltes, P.B., y Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Baltes, P.B., Staudinger U.M. y Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.
- Barak, B. (1987). Cognitive age: A new multidimensional approach to measuring age identity. *International Journal of Aging and Human Development*, 25, 109-128.
- Barak, B. y Stern, B. (1986). Subjective age correlates: A research note. *The Gerontologist*, 26, 571-578.
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal/Universitaria. (original en francés de 1977).
- Bass, S.A., Caro, F.G. y Chen, Y.P. (1993). *Achieving a productive aging society*. Westport: Auburn House.
- Becker, G. (1994). The oldest old: Autonomy in the face of frailty. *Journal of Aging Studies*, 8, 59-76.
- Behar, J. (1993). Observación y análisis de la producción verbal de la conducta. En M.T. Anguera (Ed.) *Metodología observacional en la investigación psicológica*. Barcelona: PPU.
- Berelson, B. (1971). *Content analysis in communication research*. Nueva York: Hafner.
- Birren, J.E. y Cunningham, W.R. (1985). Research on the Psychology of Aging: Principles, concepts and theory. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.) *Handbook of the Psychology of Aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Boerner, K. y Joop, D. (2007). Improvement/Maintenance and reorientation as central features of coping with major life change and loss: Contributions of three life-span theories. *Human Development*, 50, 171-195.
- Brandtstädter, J. (1998). Action perspectives on human development. En W. Damon (Ed. de la serie); R.M. Lerner (Ed. del volumen), *Handbook of child psychology 5th edition: Vol. 1. Theoretical models of human development (pp. 107-188)*. Nueva York: Wiley.
- Brandtstädter, J. (1999a). The self in action and development. En J. Brandtstädter y R.M. Lerner.(Eds.), *Action and self-development (pp. 37-64)*. Thousand Oaks: Sage.
- Brandtstädter, J. (1999b). Sources of resilience in the aging self. Toward integrating perspectives. En T. Hess y F. Blanchard-Felds (Eds.), *Social cognition and aging (123-141)*. Nueva York: Academic Press.

- Brandtstädter, J. (2006). Action perspective in human development. En R.M. Lerner (Ed) *Theoretical models of human development, Vol. 1 of Handbook of Child Psychology, (6a. ed.)*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Brandtstädter, J. y Baltes-Götz, B. (1990). Personal control over development and quality of life perspectives in adulthood. En P.B. Baltes y M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences (pp. 197-224)*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Brandtstädter, J. y Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review, 14*, 52-80.
- Brandtstädter, J. y Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging, 5*, 58-67.
- Brandtstädter, J. y Rothermund, K. (1994). Self-percepts of control in middle and later adulthood: Buffering losses by rescaling goals. *Psychology and Aging, 9*, 265-273.
- Brandtstädter, J. y Rothermund, K. (2002). The life course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two process framework. *Developmental Review, 22*, 117-150.
- Brandtstädter, J., Rothermund, K. y Schmitz, U. (1997). Coping resources in later life. *European Review of Applied Psychology, 47*, 107-113.
- Brandtstädter, J., Wentura, D. y Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development, 16*, 323-349.
- Brown, C. y Lewis, M.J. (2003). Psychosocial development in the elderly: An investigation into Erikson's ninth stage. *Journal of Ageing Studies, 17*, 415-426.
- Brunstein, J.C., Schultheiss, O.C. y Maier, G.W. (1999). The pursuit of personal goals: A motivational approach to well-being and life adjustment. En Brandtstädter, J. y Lerner, R.M. (Eds.), *Action and self-development*. Sage: Thousand Oaks.
- Cantor, N. (1990). From thought to behaviour: 'Having' and 'doing' in the study of personality and cognition. *American Psychologist, 45*, 735-750.
- Carstensen, L.L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socio-emotional selectivity theory. *Psychology and Aging, 7*, 331-338.

- Carstensen, L.L. (1998). A life-span approach to social motivation. En J. Heckhausen y C.S. Dweck (Eds.), *Motivation and self-regulation across the life span* (pp. 341-364). Nueva York: Cambridge University Press.
- Carstensen, L.L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, *312*, 1913-1915.
- Carstensen, L.L. y Friedickson, B.F. (1998). Socioemotional theory in healthy older people and younger people living with the human immunodeficiency virus (HIV): The centrality of emotion when the future is constrained. *Health Psychology*, *17*, 494-503.
- Carstensen, L.L., Gottman, J.M. y Levenson, R.W. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, *10*, 140-149.
- Carstensen, L.L., Isaacowitz, D.M. y Charles, S.T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, *54*, 165-181
- Carstensen, L. L. y Lang, F. R. (1996). Future Time Perspective Scale. Manuscrito no publicado [recuperado el 7 de julio de 2011 de http://www-psych.stanford.edu/~lifefspan/doc/FTP_english.pdf
- Carstensen, L.L., Pasupathi, M., Mayr, U. y Nesselroade, J.R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 644-655.
- Carstensen, L.L. y Turk-Charles, S. (1994). The salience of emotion across the life course. *Psychology and Aging*, *9*, 259-264.
- Cate, R.A. y John, O.P. (2007). Testing models of the structure and development of Future Time Perspective: Maintaining focus on opportunities in middle age. *Psychology and Aging*, *22*, 186-201.
- Charles, S.T. y Carstensen, L.L. (2009). Socioemotional selectivity theory. En H. Reis & S. Sprecher (Eds.), *Encyclopedia of human relationships* (pp. 1578-1581). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Charles, S.T., Reynolds, C. A. y Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, *80*, 136-151.
- Coffey, A y Atkinson, P. (2003). *Encontrar sentido a los datos cualitativos*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement, 20*, 37-46.
- Cornwell, E.Y. y Waite, L.J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adult. *Journal of Health and Social Behavior, 50*, 31-48.
- Cross, S. y Markus, H. (1991). Possible selves across the life span. *Human Development, 34*, 230-255.
- Cumming, M.E. y Henry, W.E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Nueva York: Basic Books.
- Deci, E.L. y Ryan, R.M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies, 9*, 1-11.
- Department of Health, Education, and Welfare (1979). *Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research*. Nueva York: Department of Health, Education, and Welfare [Recuperado el 5 de Julio de 2011 de <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>]
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Diener, E. y Lucas, R.E. (2000). Subjective emotional well-being. En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions 2nd. Ed. (pp. 325-337)*. Nueva York: Guilford.
- 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.
- Dietz, B.E. (1996). The relationship of aging to self-esteem: The relative effects of maturation and role accumulation. *International Journal of Aging and Human Development, 43*, 248-266.
- Dillaway, H.E. y Byrnes, M. (2009). Reconsidering successful ageing. A call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *Journal of Applied Gerontology, 28*, 702-722.
- Dittmann-Kohli, F. (1991). Meaning and personality change from early to late adulthood. *European Journal of Gerontology, 2*, 98-103.
- Dittmann-Kohli, F. y Westerhof, G. J. (1997). The SELE-sentence completion questionnaire: A new instrument for the assessment of personal meaning in research on aging. *Anuario de Psicología, 73*, 7-18.

- Ebner, N.C., Freund, A.C. y Baltes, P.B. (2006). Developmental changes in personal goal orientation from young to late adulthood: From striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychology and Aging*, 21, 664 - 678.
- Emmons, R.A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1058-1068.
- Emmons, R.A. (1996). Striving and feeling: personal goals and subjective well-being. In P. Gollwitzer y J.A. Bargh (Eds.), *The psychology of action* (pp. 313 - 337). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Emmons, R.A. (1997). Motives and life goals. En R. Hogan, J. Johnson y S. Briggs (Eds.). *Handbook of personality psychology* (pp. 485-512). San Diego, CA: Academic Press.
- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E.H. (1982). *The life cycle completed*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E.H., Erikson, J.M. y Kivnick, H.Q. (1986). *Vital involvement in old age*. Nueva York: Norton.
- Fatherman, P.L., Smith, J. y Peterson, J.G. (1990). Successful aging in a post-retired society. En P.B. Baltes, y M.M. Baltes (Eds.) *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente: Un reto para todos*. Ponencias de la IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y prevención. Barcelona.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., García, L.F., Abarca, D., Blanc, E., Efkliides, A., Moraitou, D., Kornfeld, R., Lerma, A.J. , Mendoza-Numez, V. M., Mendoza-Ruvalcaba, N.M., Orosa, T., Paul, C. y Patricia, S. (2010). The concept of 'ageing well' in ten Latin American and European countries. *Ageing & Society* 30, 41 - 56.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D. y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: INSERSO
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Díez-Nicolás, J., López-Bravo, M.D., Molina, M.A. y Schettini, R. (2011). Productivity in old age. *Research on Aging* , 33, 205-226.
- Finch, C.E. (1988). Neuronal and endocrine approaches to the resolution of time as a dependent variable in the aging process of mammals. *The Gerontologist*, 28, 29-42

- Flavell, J.H. (1970). Cognitive changes in adulthood. En L.R. Goulet y P.B. Baltes (Eds.) *Life-span developmental*
- Flesson, W. y Heckhausen, J. (1996). More o less 'me' in past, present and future: Perceived lifetime personality during adulthood. *Psychology and Aging*, 12, 125-136.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Frazier, L.D. (2002). Perceptions of control over health: Implications for sense of self in healthy and ill older adults. En S.P. Shohov (Ed.). *Advances in Psychology Research* (vol. 10, pp. 145-164). Nueva York: Nova Science Publishers.
- Frazier, L.D., Cotrell, V. y Hooker, K. (2003). Possible selves and illness: A comparison of individuals with Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, and healthy older adults. *International Journal of Behavioral Development*, 27, 1-11.
- Frazier, L.D. y Hooker, K. (2006). Possible selves in adult development: Linking theory and research. En C. Dunkel y J. Karpelman (Eds.), *Possible selves: Theory, research and applications* (pp. 41-59). Nueva York: Nova Science Publishers.
- Frazier, L.D., Hooker, K, Johnson, P.M y Kaus, C.R. (2002). Continuity and change in possible selves in later life: A 5-year longitudinal study. *Basic and Applied Social Psychology*, 22, 237-243.
- Frazier, L.D., Johnson, P.M., Gonzalez, G.K. y Kafka, C.L. (2002). Psychosocial influences on possible selves: A comparison of three cohorts of older adults. *International Journal of Behavioral Development*, 26, 308-317.
- Freud, S. (1973). *El yo y el ello*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1984). *Introducción al psicoanálisis*. Madrid: Alianza.
- Freund, A. M. (2008). Successful aging as management of resources: The role of selection, optimization, and compensation. *Research in Human Development*, 5, 94–106.
- Freund, A. M. y Baltes, P. B. (2007). Toward a theory of successful aging: Selection, optimization, and compensation. En R. Fernandez-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology:*

- European perspectives for an aging world* (pp. 239–254). Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Freund, A.M. y Riediger, M. (2006). Goals as building blocks of personality and development in adulthood. En D. K. Mroczek y T. D. Little (Eds.), *Handbook of personality development* (pp. 353-372). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Friedickson, B.L. y Carstensen, L.L. (1990). Choosing social partners: How old age and anticipated endings make people more selective. *Psychology and Aging*, 5, 335-347.
- Fries, J.F. (1990). Medical perspectives upon successful aging. En P.B. Baltes y M.M. Baltes (Eds.) *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fung, H.H., Carstensen, L.L. y Lutz, A.M. (1999). Influence of time on social preferences: Implications for life-span development. *Psychology and Aging*, 14, 595-604.
- Fung, H.H., Siu, C.M.Y., Choy, W.C.W. y McBride-Chang, C. (2005). Meaning of grandparenthood: Do concerns about time and mortality matter? *Ageing International*, 30, 122-146.
- George, L.K. (2000). Well-being and sense of self: What we know and what we need to know. En K.W. Schaie y J. Hendricks (Eds.), *The evolution of the aging self* (pp. 1-35). Nueva York: Springer.
- Goldsmith, R.E. y Heiens, R.A. (1992). Subjective age: A test of five hypothesis. *The Gerontologist*, 32, 312-317.
- González, M. (2002). Aspectos éticos en la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29 [Recuperado el 7 de julio de 2011 en <http://www.campus-oei.org/salactsi/mgonzalez5.htm>]
- Gutiérrez, M., Serra, E. y Zacarés, J.J. (2006). *Envejecimiento óptimo. Perspectivas desde la psicología del desarrollo*. Valencia: Promolibro.
- Hagestad, G.O. (1990). Social perspectives on the life course. En R.H. Binstock y L.K. George (Eds.) *Handbook of Aging and the Social Sciences*. San Diego: Academic Press.
- Hagestad, G.O. y Neugarten, B.E. (1985). Age and the life course. En R. Binstock y L. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (3rd. ed., pp. 151-168). Nueva York: Academic Press.
- Havighurst, R.J. (1973). History of the Developmental Psychology: Socialization and personality development through the life span. En P.B. Baltes y K.W. Schaie (Eds.) *Life-span developmental psychology: Personality and socialization*. Nueva York: Academic Press.

- Heckhausen, J. (1999). *Developmental regulation in adulthood: Age-normative and sociostructural constraints as adaptive challenges*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Heckhausen, J. (2000). Evolutionary perspectives on human motivation. *American Behavioral Scientist, 43*, 1015-1029.
- Heckhausen, J. (2011). Agency and control striving across the life span. En K.L. Fingerman, C.A. Berg, J. Smith y T.C. Antonucci (Eds.), *Handbook of Life-Span Development* (pp. 183-212). Nueva York: Springer.
- Heckhausen, J., Dixon, R.A. y Baltes, P.B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different age groups. *Developmental Psychology, 25*, 109-121.
- Heckhausen, J. y Krueger, J. (1993). Developmental expectations for the self and most other people: Age grading in three functions of social comparison. *Developmental Psychology, 29*, 539-548.
- Heckhausen, J. y Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review, 102*, 284-304.
- Heckhausen, J., Wrosch, C., y Schulz, R. (2010). A motivational theory of lifespan development. *Psychological Review, 117*, 32-60.
- Heidrich, S.M. y Ryff, C.D. (1995). Health, social comparisons, and psychological well-being: Their cross-time relationships. *Journal of Adult Development, 2*, 173-186.
- Held, T. (1986). Institutionalization and deinstitutionalization of the life course. *Human Development, 29*, 157-162.
- Holahan, Ch. y Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 946-955.
- Holstein, M.B. y Minkler, M. (2003). Self, Society, and the "new gerontology". *The Gerontologist, 43*, 787-796.
- Hooker, K. (1992). Possible selves and perceived health in older adults and college students. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 47*, 85-95.
- Hooker, K. (1999). Possible selves in adulthood: Incorporation teleonomic relevance into studies of the self. En F. Blanchard-Fields y T. Hess (Eds.), *Social cognition and aging* (pp. 97-122). Nueva York: Academic Press.

- Hooker, K. (2002). New directions for research in personality and aging: A comprehensive model for linking levels, structures, and processes. *Journal of Research in Personality*, 36, 318-344.
- Hooker, K. y Kaus, C.R. (1994). Health-related possible selves in young and middle adulthood. *Psychology and Aging*, 9, 126-133.
- Hooker, K. y McAdams, D.P. (2003). Personality and adult development: Looking beyond the OCEAN. *Journal of Gerontology: Series B Psychological and Social Sciences*, 58, 311-312.
- Hooker, K., Fiese, B.H., Jenkins, L., Morfei, M.A. y Schwagler, J. (1996). Possible selves among parents of infants and preschoolers. *Developmental Psychology*, 32, 542-550.
- Hoppmann, C.A., y Smith, J. (2007). Life-history related differences in possible selves in very old age. *International Journal of Aging and Human Development*, 64, 109-127.
- Indexmundi (2010). Colombia expectativa de vida al nacer. España. Disponible en http://www.indexmundi.com/es/colombia/expectativa_de_vida_al_nacer.html [consultado el 17 de febrero de 2012].
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Kasser, R. y Ryan, R.M. (2001). Be careful what you wish: Optimal functioning and the relative attainment of intrinsic and extrinsic goals. En P. Schmuck y K.M. Sheldon (Eds.). *Life goals and well-being. Towards a positive psychology of human striving* (pp.116-131). Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Keyes, C.L.M. y Ryff, C.D. (1998). Generativity in adult lives: Social structural contours and quality of life consequences. En McAdams, D.P. y de St. Aubin, E. (Eds). *Generativity and adult development: How and why we care for the next generations* (pp. 227-263). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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.
- Kohn, R.R. (1985). Aging and age related diseases: Normal processes. En H.A. Johnson (Ed.) *Relations between normal aging and disease*. Nueva York: Raven.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis. an introduction to its methodology*. Londres: Sage.
- Krueger, J. y Heckhausen, J. (1993). Personality development across the adult life span: subjective conceptions vs cross-sectional contrasts. *Journal of Gerontology*, 48, 100-108.
- Lang, F.R. y Carstensen, L.L. (2002). Time counts: Future time perspective, goals and social relationships. *Psychology and Aging*, 17, 125-139

- Lapierre, S., Bouffard, L. y Bastin, É. (1997). Personal goals and subjective well-being in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 45, 287-303.
- Lapierre, S., Bouffard, L., Dubé, M., Labelle, R. y Bastin, É. (2001). Aspirations and well-being in old age. En P. Schmuck y K.M. Sheldon (Eds.), *Life goals and well-being. Towards a positive psychology of human striving* (pp.102-115). Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Lavouvie-Vief, G. (1982). Growth and aging in a life-span perspective. *Human Development*, 25, 65-79.
- Levenson, R.W., Carstensen, L.L. y Gottman, J.M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8, 301-313.
- Little, B.R. (1983). Personal projects: A rationale and method for investigation. *Environment and Behavior*, 15, 273-309.
- Little, B.R. (1999). Personal projects and social ecology: Themes and variation across the life span. En J. Brandtstädter y R. M. Lerner (Eds.), *Action & self-development: Theory and research through the life span* (pp. 197-221). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Londoño, J.L., Alvarado, E.J., Casas, J.V. y Roselli, D.A. (1993). *Resolución N° 008430 de 1993*. Santa Fe de Bogotá, D.C: Ministerio de Salud, Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico.
- Markus, H.R., y Herzog, A.R. (1991). The role of the self-concept in aging. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 110-143.
- Markus, H. y Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Markus, H. y Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.
- Marsiske, M., Lang, F.R., Baltes, M.M. y Baltes, P.B. (1995). Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development. En R.A. Dixon y L. Bäckman (Eds.), *Compensation for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains* (pp. 35-79). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality* (2nd Ed.). Nueva York: Harper & Row.
- Mayser, S., Scheibe, S. y Reidiger, M. (2008). (Un)Reachable? An empirical differentiation of goals and life longings. *European Psychologist*, 13, 126-140.
- McAdams, D. P. (2001). Generativity in midlife. En M. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development* (pp. 395-443). New York: Wiley.

- McAdams, D.P., de St.Aubin, E. y Logan, R. (1993). Generativity among young, midlife, and older adults. *Psychology and Aging, 8*, 221-230.
- McCrae, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 919-928.
- Meegan, S.P. y Berg, C.A. (2001). Whose life task is it anyway? Social appraisal and life task pursuit. *Journal of Personality, 61*, 363-389.
- Meegan, S.P. y Goedereis, E.A. (2006). Life task appraisals, spouse involvement in strategies, and daily affect among short- and long-term married couples. *Journal of Family Psychology, 20*, 319-327.
- Minayo, M.C. (1999). *O desafio do conhecimento. Pesquisa cualitativa em saúde*. Sao Paulo: Hucitec- Abrasco.
- Montepare, J. M. (1996). An assessment of adults' perceptions of their psychological, physical, and social ages. *Journal of Clinical Geropsychology, 2*, 117-128.
- Morganti, J.B., Nehrke, M.F., Hulicka, I.M y Cataldo, J.F. (1988). Life-span differences in life satisfaction, self-concept, and locus of control. *International Journal of Aging and Human Development, 26*, 45-56.
- Morrow-Howell, J. Hinterlong y M. Sherraden (2001). *Productive aging: concepts and challenges*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- 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.
- Naciones Unidas (2002). *Madrid International Plan of Action on Aging 2002*. Nueva York: UNO
 Disponible online en <http://www.un-ngls.org/orf/pdf/MIPAA.pdf>. [consultado el 5 de noviembre de 2011]
- Neugarten, B.L. (1968). *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B.L. y Danan, N. (1973). Sociological perspectives on the life cycle. En K.W. Schaie y P.B. Baltes (Eds), *Life-span developmental psychology: Personality and socialization*. Nueva York: Academic Press.
- Nurmi, J.-E. (1991). How do adolescents see their future? A review of the developmet of future orientation and planning. *Developmental Review, 11*, 1-59.

- Nurmi, J.-E. (1992). Age differences in adult life goals, concerns, and their temporal extensión: A life course approach to future-oriented motivation. *Journal of Behavioral Development, 15*, 487-508.
- Nurmi, J.-E. y Salmela-Aro, K. (2006). What Works makes you happy: The role of personal goals in life-span development. En M. Csikszentmihalyi y I.S. Csikszentmihalyi (Eds.), *A life worth living* (pp. 182-199). Nueva York: Oxford University Press.
- Nuttin, J. (1985). *Future time perspective and motivation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ogilvie, D.M., Rose, H.M. (1995). Self-with-other representations and a taxonomy of motives: Two approaches to studying persons. *Journal of Personality, 63*, 643-679.
- Ogilvie, D.M., Rose, H.M. y Happen, J.B. (2001). A comparison of personal project motives in three age groups. *Basic and Applied Social Psychology, 23*, 207-215.
- Okun, M.A., Olding, R.W., Cohn, C.M.G. (1990). A meta-analysis of subjective well-being interventions among elders. *Psychological Bulletin, 108*, 257-266.
- Okun, M.A. y Stock, W.A. (1987). Correlates and components of subjective well-being among the elderly. *Journal of Applied Gerontology, 6*, 95-112.
- Pavot, W., y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment, 5*, 164-172.
- Pearlin, L.I. y Skaff, M.M. (1996). Stress and the life course: a paradigmatic alliance. *The Gerontologist, 36*, 239-247.
- Peterman, A.H. y Lecci, L. (2007). Personal projects in health and illness. En B.R. Little, K. Salmela-Aro y S.D. Phillips (Eds.), *Personal project pursuit. Goals, actions, and human flourishing* (pp. 329-353) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Poulin, M.J., Haase, C., y Heckhausen, J. (2005). Engagement with and disengagement from goals across the life span: A comparison of two-process models of developmental regulation. En W. Greve, K. Rothermund, & D. Wentura (Eds.), *The adaptive self: Personal continuity and intentional self-development* (pp. 117-136). Göttingen/New York: Hogrefe/Huber Publisher.
- Rapkin, B.D. y Fischer, K (1992a). Personal goals of older adults: issues in assessment and prediction. *Psychology and Aging, 7*, 127-137.
- Rapkin, B.D. y Fisher, K. (1992b). Framing the construct of life satisfaction in terms of older adults' personal goals. *Psychology and Aging, 7*, 138-149.

- Rothermund, K. y Bradstädter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: From compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging, 18*, 896-905.
- Rowe, J.W., y Kahn, R.L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science, 237*, 143-149.
- Rowe, J.W., y Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist, 37*, 433-440.
- Rowe, J.W., y Kahn, R.L. (1998). *Successful aging*. Nueva York: Pantheon.
- Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166.
- Ryff, C.D. (1989a). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Ryff, C.D. (1989b). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging, 4*, 195-210.
- Ryff, C.D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging, 2*, 286-295.
- Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in Psychological Science, 4*, 99-104.
- Ryff, C.D. y Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-727.
- Ryff, C.D. y Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies, 9*, 13-39.
- Salmela-Aro, K. y Nurmi, J.-E. (1997). Goal contents, well-being and life context during transition to university - a longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development, 20*, 471-491.
- Salmela-Aro, K. Pennanen, R. y Nurmi, J.-E. (2001). Self-focused goals: what they are, how they function and how they relate to well-being. In P. Schmuck & K. Sheldon (Eds.), *Life goals and well-being* (pp. 148-166). Lengerich, Germany.
- Scheibe, S. y Carstensen, L.L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 65*, 135-144.
- Scheibe, S., Freund, A.M. y Baltes, P.B. (2007). Toward a developmental psychology of Sehnsucht (life longings): The optimal (utopian) life. *Developmental Psychology, 43*, 778-795.
- Scheidt, R.J., Humpherys, D.R. y Yorgason, J.B. (1999). Successful aging: What's not to like. *Journal of Applied Gerontology, 18*, 277-282.

- Schmuck, P. (2001). Intrinsic and extrinsic life goals preferences as measured via inventories and via priming methodologies: Mean differences and relations with well-being. En P. Schmuck y K.M. Sheldon (Eds.). *Life goals and well-being. Towards a positive psychology of human striving* (pp.132-147). Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Schmuck, P. y Sheldon, K.M. (2001). To the frontiers of life goal research. In P. Schmuck y K.M. Sheldon (Eds), *Towards a positive psychology of human striving* (pp 1-17). Ashland, OH: Hogrefe & Huber.
- Schmuck, P. y Sheldon, K.M. (Eds.)(2001). *Life goals and well-being. Towards a positive psychology of human striving*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Schulz R. y Heckhausen J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Seligman, M. E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Settersen, R.A. y Hagestad, G.O. (1996a). What's the latest? Cultural age deadlines for family transitions. *The Gerontologist*, 36, 178-188.
- Settersen, R.A. y Hagestad, G.O. (1996b). What's the latest? II. Cultural age deadlines for educational and work transitions. *The Gerontologist*, 36, 602-613.
- Sheldon, K.M. y Kasser, T. (2001). Getting older, getting better? Personal strivings and psychological maturity across the life span. *Developmental Psychology*, 37, 491-501.
- Siu, A.L., Reuben, D.B. y Hays, R.D. (1990). Hierarchical measures of physical function in ambulatory geriatrics. *Journal of American Geriatrics Society*, 38, 1113-1119.
- Smith, J. y Freund, A.M. (2002). The dynamics of possible selves in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, 492-500.
- Staats, S., Heaphey, K., Miller, D., Partlo, C., Romine, N. y Stubbs, K. (1993). Subjective age perceptions and health perceptions of older persons: Maintaining the youthful bias in sickness and in health. *International Journal of Aging and Human Development*, 37, 191-203.
- Stock, W.A., Okun, M.A. y Benin, M. (1986). The structure of subjective well-being among the elderly. *Psychology and Aging*, 1, 91-102.
- Stone, A.A. y Neale, J.M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892-906.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2003). *Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I. and Cohen, R. D. (2002). Successful ageing and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42, 727-33.
- Strehler, B.L. (1962). *Time, cells, and aging*. Nueva York: Academic Press.
- Tate, R.B., Lah, L. y Cuddy, T.E. (2003). Definition of successfully aging by elderly Canadian males: The Manitoba follow-up study. *The Gerontologist*, 43, 735-743.
- Tate, R.B., Lowen, B.L., Bayomi, D.J. y Payne, B.J. (2009). The consistency of definitions of successful aging provided by older men: The Manitoba follow-up study. *Canadian Journal on Aging*, 28, 315-322.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación*. Barcelona: Paidós.
- Thomae, H. (1979). The concept of development and Life-span Developmental Psychology. En P.B. Baltes y O.G. Brim (Eds.) *Life-span development and behavior*. Vol. 2 (pp. 281-312). Nueva York: Academic Press.
- Thornton, J.E. (2002). Myths of ageing and ageist stereotypes. *Educational Gerontology*, 28, 301-312.
- Timmer, E., Steverink, N., Stevens, N., & Dittmann-Kohli, F. (2003). Personal concepts of stability in the second half of life. *Journal of Aging Studies*, 17, 427-443.
- Tornstam, L. (1996). Gerotranscendence: The contemplative dimension of ageing. *Journal of Ageing Studies*, 11, 143-154.
- Torres, S. (1999). A culturally-relevant theoretical framework for the study of successful ageing. *Ageing and Society*, 19, 33-51
- Triadó, C. y Villar, F. (1999). Teorías implícitas del cambio evolutivo en diferentes cohortes: representación de pérdidas y ganancias en la adultez. *Infancia y Aprendizaje*, 86, 73-90.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C. y Celdrán M. (2007). Construct validity of Ryff's scale of psychological well-being in Spanish older adults. *Psychological Reports*, 100, 151-164.
- Troll, L.E. y Skaff, M.M. (1997). Perceived continuity of self in very old age. *Psychology and Aging*, 12, 162-169.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J. y Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417
- Villamizar, D.J. (2010). *Las representaciones de las relaciones de pareja a lo largo del ciclo vital: significados asociados y percepción del cambio evolutivo*. Universitat Rovira i Virgili: Tesis

- doctoral no publicada [Recuperada el 7 de julio de 2011 de <http://www.tesisenred.net/handle/10803/8971>]
- Villar, F. (en prensa). Successful ageing and development: The contribution of generativity in older age. *Ageing and Society*.
- Villar, F. (1998). *Representación social del envejecimiento a lo largo del ciclo vital*. Tesis doctoral no publicada. Universitat de Barcelona.
- Villar, F. y Triadó, C. (2006). Personalidad y adaptación en la vejez. En C. Triadó y F. Villar (Eds.), *Psicología de la Vejez* (pp. 193-229). Madrid: Alianza
- Villar, F., Triadó, C., Celdrán, M. y Solé, C. (2010). Measuring well-being among Spanish older adults: Development of a simplified version of Ryff's Scales of psychological well-being. *Psychological Reports*, 107, 265-280.
- Visauta, B. (1989). *Técnicas de investigación social I: recogida de datos*. Barcelona: PPU.
- Warburton, J. y Gooch, M. (2007). Stewardship volunteering by older Australians: The generative response. *Local Environment*, 12, 43-55.
- Warburton, J., McLaughlin, D. y Pinsker, D. (2006). Generative acts: Family and community involvement of older Australians. *International Journal of Aging and Human Development*, 63, 115-137.
- Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
- WHO (2002). *Active ageing: A policy framework*. Ginebra: World Health Organization. Disponible online en http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf [consultado el 5 de noviembre de 2011].
- Wiese, B. (2007). Successful pursuit of personal goals and subjective well-being. En B.R. Little, K. Salmela-Aro y S.D. Phillips (Eds.), *Personal project pursuit. Goals, actions, and human flourishing* (pp. 301-328) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wilson, A.E. y Ross, M. (2000). The frequency of temporal-self and social comparisons in people's personal appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 928-942.
- Winifred A.G. (2006). Contextualizing health behaviors: the role de of personal goals. En D. de Ridder y J. de Wit (Eds.), *Self-regulation in health behavior* (pp. 27-43). John Wiley & Sons.

- Withbourne, S.K. (1985). The psychological construction of the life span. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Wrightsman, L.S. (1994). *Adult personality development. Theories and concepts*. Thousand Oaks: Sage.
- Wrosch, C. y Freund, A.M. (2001). Self-regulation of normative and non-normative developmental challenges. *Human Development*, 44, 264-283.
- Wrosch, C., Heckhausen, J. y Lachman, M.E. (2006). Goal management across adulthood and old age: The adaptive value of primary and secondary control. En D. K. Mroczek y T.D. Little (Eds.), *Handbook of personality development* (pp. 399-421). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Carver, C. S., y Schulz, R. (2003). The importance of goal disengagement in adaptive self-regulation: When giving up is beneficial. *Self and Identity*, 2, 1-20.

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO PARA DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Rogamos responder de la manera más clara y completa posible el formulario

1.1. **Sexo:** Hombre Mujer

1.2. **Edad:** _____ años cumplidos

1.3. **Pertenece a:**

1. Grupo Aula Universitaria de Mayores, Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia

2. Grupo de Enfermos Crónicos (Coomeva)

3. Grupo de Estudiantes Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia

1.4. **Diagnósticos médicos conocidos:**

1.5. **Estado civil**

1. Casado/a o unión libre

2. Viudo/a

3. Soltero/a

4. Separado/a o divorciado/a

1.6. **¿Qué estudios ha realizado de manera completa?**

1. Educación superior (nivel posgrado)

2. Educación superior (nivel pregrado licenciatura-profesional)

3. Educación tecnológica o técnica

4. Educación secundaria (nivel bachillerato)

5. Educación primaria (nivel estudios primarios)

6. Sin estudios completados

1.7. **¿Cuál es la ocupación laboral que más tiempo ha desarrollado?**

1.8. **Estrato socio-económico (1 – 6 Según servicios públicos EPM):** _____

ANEXO 2: RELACIONES Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

2.1. ¿Con quién convive? (marque con una X todas las casillas necesarias)

- | | | |
|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Solo/a | <input type="checkbox"/> Si (0) | <input type="checkbox"/> No (1) |
| 2. Pareja | <input type="checkbox"/> Si (0) | <input type="checkbox"/> No (1) |
| 3. Hijo/s | <input type="checkbox"/> Si (0) | <input type="checkbox"/> No (1) |
| 4. Nieto/s | <input type="checkbox"/> Si (0) | <input type="checkbox"/> No (1) |
| 5. Otros familiares | <input type="checkbox"/> Si (0) | <input type="checkbox"/> No (1) |
| 6. Otros no familiares | <input type="checkbox"/> Si (0) | <input type="checkbox"/> No (1) |

2.2. Señale con qué frecuencia se relaciona con las siguientes personas:

	Cada día	Varios días a la semana	Varios días al mes	Algunas veces al año	Nunca o casi nunca
1.Hijos/as	1	2	3	4	5
2.Nietos/as	1	2	3	4	5
3.Padres vivos	1	2	3	4	5
4.Otros familiares	1	2	3	4	5
5.Vecinos y amigos	1	2	3	4	5

2.3. Señale la frecuencia en la que asiste o participa en las siguientes asociaciones o centros.

	Nunca	En ocasiones	Con frecuencia	Siempre
1.Asociaciones de vecinos	1	2	3	4
2.Asociaciones culturales y deportivas	1	2	3	4
3.Centros o asociaciones religiosas	1	2	3	4
4.Centros de mayores (o de jubilados)	1	2	3	4
5.Organizaciones de voluntariado, ONG	1	2	3	4
6.Asociaciones u organizaciones políticas o sindicales	1	2	3	4
7.Asociaciones de mayores	1	2	3	4

ANEXO 3: SALUD SUBJETIVA Y OBJETIVA

3.1. ¿Cómo diría usted que es su estado de salud?

1. Excelente
2. Bueno
3. Regular
4. Malo
5. Muy malo

3.2. En comparación con las personas de su edad, su salud es...

1. Mejor que la salud de la mayoría
2. Similar a la salud de la mayoría de personas de mi edad
3. Peor que la salud de la mayoría

3.3. Por favor valore directamente a qué edad, en años, equivale su estado de salud. 'Mi salud es comparable a la de una persona de _____ años de edad'.

3.4. ¿Qué número de medicamentos toma cada día? _____

ANEXO 4: AUTONOMÍA FUNCIONAL (Siu, Reuben y Hays, 1990)

	Sólo si alguien me ayuda	Lo hago solo, pero con dificultad	Soy capaz de hacerlo solo
4.1. Realizar actividad física intensa, como caminar una hora sin descansar o practicar algún deporte (tenis, ciclismo, natación o atletismo-trote)	0	1	2
4.2. Realizar trabajos fuertes en la casa, como limpiar ventanas, paredes o suelos	0	1	2
4.3. Ir a comprar alimentos o ropa	0	1	2
4.4. Utilizar medios de transporte	0	1	2
4.5. Bajar y subir escaleras.	0	1	2
4.6. Bañarse o ducharse	0	1	2
4.7. Vestirse (ponerse una camisa y atarse los botones o ponerse los zapatos)	0	1	2

ANEXO 5: PERSPECTIVA TEMPORAL FUTURA

5.1. Cuestionario FTPS (Carstensen y Lang, 1996)

	Muy en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Muy de acuerdo
5.1. En el futuro me esperan muchas oportunidades	0	1	2	3
5.2. Supongo que en el futuro me pondré nuevas metas	0	1	2	3
5.3. Mi futuro está lleno de posibilidades	0	1	2	3
5.4. La mayor parte de mi vida todavía está por llegar	0	1	2	3
5.5. Mi futuro me parece algo infinito	0	1	2	3
5.6. En el futuro podré hacer lo que yo quiera	0	1	2	3
5.7. En mi vida me queda mucho tiempo para hacer nuevos planes	0	1	2	3
5.8. Tengo la sensación de que el tiempo se me acaba	0	1	2	3
5.9. En mi futuro las posibilidades que tengo son limitadas	0	1	2	3
5.10. A medida que me hago mayor, comienzo a sentir que el tiempo es limitado	0	1	2	3

5.2. Con respecto a la perspectiva temporal, rellene los huecos en las siguientes tres afirmaciones con la edad que usted percibe que tiene en cada uno de los casos. Esta edad podrá coincidir o no con su edad real:

- Siendo realista, ¿aproximadamente cuántos años de vida cree que le quedan? _____ años
- Hoy por hoy interiormente me siento como si tuviese _____ años de edad.

ANEXO 6: METAS (PROYECTO VITAL, EXPECTATIVAS, DESEOS, PREOCUPACIONES)

Por favor, complete las siguientes preguntas con los aspectos más importantes o significativos para usted, sin dejar preguntas sin contestar.

6.1. ¿Cuál es su principal proyecto de vida? (Uno solo)

6.2. Complete las siguientes frases con lo primero que le venga a la cabeza:

6.2.1. En el futuro, yo _____

6.2.2. Cuando sea más mayor me gustaría _____

6.2.3. Lo que me preocupa del futuro es _____

ANEXO 7: BIENESTAR. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA

(Diener et al, 1985).

Las siguientes afirmaciones tratan sobre cómo se siente usted respecto a sí mismo y a su vida. Rodee con un círculo el número que represente el grado de acuerdo o desacuerdo actual respecto a cada una de ellas.

	Muy en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Muy de acuerdo
7.1. En la mayoría de aspectos mi vida se encuentra cerca de lo ideal	0	1	2	3
7.2. Las condiciones de mi vida son excelentes	0	1	2	3
7.3. Estoy satisfecho con mi vida	0	1	2	3
7.4. Hasta el momento he conseguido las cosas importantes que he querido en la vida	0	1	2	3
7.5. Si pudiera vivir de nuevo, no cambiaría prácticamente nada	0	1	2	3

ANEXO 8: BIENESTAR. CUESTIONARIO ABREVIADO DE RYFF (Villar et al. 2010). DIMENSIÓN ORIENTACIÓN AL PRESENTE

	Muy en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Muy de acuerdo
8.1. Vivo la vida al día y realmente no pienso demasiado en el futuro	0	1	2	3
8.2. Desde hace tiempo he dejado de intentar realizar grandes mejoras o cambios en mi vida.	0	1	2	3
8.3. A veces siento que todo lo que tenía que hacer en esta vida ya lo he hecho	0	1	2	3
8.4. No quiero intentar nuevas maneras de hacer las cosas, mi vida ya está bien como está	0	1	2	3
8.5. Tiendo a centrarme en el presente, porque el futuro casi siempre me trae problemas	0	1	2	3
8.6. Antes solía ponerme metas, pero ahora me parece una pérdida de tiempo	0	1	2	3
8.7. Disfruto haciendo planes de futuro y trabajando para hacerlos realidad	0	1	2	3

ANEXO 9: AUTOCUIDADO Y ESTILO DE VIDA

9.1. ¿Qué acciones de cuidado o autocuidado realiza en la vida diaria para conservar su salud y estilo de vida? (Nombre Tres)

9.1.1. _____

9.1.2. _____

9.1.3. _____

9.2. CUESTIONARIO DE PERFIL DE ESTILO DE VIDA

	Nunca	En ocasiones	Con frecuencia	Siempre
1. Tomas algún alimento al levantarte por la mañana y antes de salir de casa	1	2	3	4
2. Realizas pausas activas o ejercicios para relajar tus músculos al menos tres veces al día	1	2	3	4
3. Consultas con tu médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud	1	2	3	4
4. Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir	1	2	3	4
5. Evitas tomar alcohol (licor)	1	2	3	4
6. Comentas con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud	1	2	3	4
7. Comes al menos tres comidas al día	1	2	3	4
8. Realizas ejercicio vigoroso durante 30 minutos al menos tres veces a la semana	1	2	3	4
9. Observas cada mes tu cuerpo para identificar la aparición de cambios físicos o signos de alerta	1	2	3	4
10. Cada día te tomas un tiempo para relajarte	1	2	3	4

	Nunca	En ocasiones	Con frecuencia	Siempre
11. Evitas fumar cigarrillo (tabaco) y permanecer en ambientes contaminados con humo	1	2	3	4
12. Seleccionas alimentos que no contengan ingredientes químicos o artificiales para conservarlos	1	2	3	4
13. Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	1	2	3	4
14. Evitas consumir otras sustancias psicoactivas	1	2	3	4
15. Ves programas de televisión, o lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud	1	2	3	4
16. Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	1	2	3	4
17. Te pesas regularmente y sabes cuál es tu peso actual e ideal	1	2	3	4
18. Mantienes una vida sexual activa (autoerotismo y/o con otra persona)	1	2	3	4
19. Lees las etiquetas de los alimentos empaquetados para identificar componentes que puedan ser nocivos para tu salud	1	2	3	4
20. Realizas actividades físicas de recreo como nadar, montar en bicicleta o practicar algún deporte	1	2	3	4
21. Mides regularme tu nivel de presión arterial y sabes si está alta, baja o es normal	1	2	3	4
22. Evitas acudir a establecimientos de comidas rápidas	1	2	3	4
23. Mides regularme tu nivel colesterol y sabes si está alto, bajo o es normal	1	2	3	4
24. Cada día comes al menos cinco porciones de fruta y/o verdura (crudas y/o cocidas)	1	2	3	4

	Nunca	En ocasiones	Con frecuencia	Siempre
25. Durante el ejercicio físico, controlas tu pulso	1	2	3	4
26. Sólo tomas los medicamentos que el médico te ha indicado	1	2	3	4
27. Cuando estás muy nervioso o muy cansado, te tomas un tiempo para relajarte	1	2	3	4
28. Mantienes hábitos higiénicos como bañarse diariamente, cepillarse los dientes luego de cada comida y lavarse las manos antes de comer y después de salir del sanitario	1	2	3	4
29. Tomas al menos un litro y medio de agua al día	1	2	3	4
30. Sigues al pie de la letra las recomendaciones de tu médico sobre tu salud	1	2	3	4
31. Procuras no abusar de alimentos con alto contenido en sal, azúcar y grasa	1	2	3	4

ANEXO 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Medellín, Septiembre de 2010.

Se presenta a consideración el estudio: “**Metas evolutivas y representaciones del futuro en personas adultas y mayores sanas y con enfermedades crónicas**”, dirigida por la profesora *María del Carmen Zea Herrera*, Enfermera, Especialista en Rehabilitación, estudiante del Doctorado en Psicogerontología de la Universidad de Valencia- España y adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Introducción: Uno de los desafíos con los que se encuentran las personas mayores a medida que envejecen son las progresivas amenazas a su estado de salud, aspecto cada vez más central en sus metas personales, que se convierte en un factor de la identidad especialmente sensible y determinante de la puesta en marcha de comportamientos de autocuidado que, si se realizan, previenen enfermedades y complicaciones mayores y si no se realizan, acentúan dichos daños.

Objetivo: Examinar las metas evolutivas y representaciones de futuro en adultos jóvenes y mayores, especialmente el papel que tiene la salud en ellas.

Propósito: Conocer las metas evolutivas y las representaciones de futuro de los adultos del estudio, de manera que se puedan proponer intervenciones que impacten de manera oportuna y favorable la situación de salud de la comunidad adulta joven y mayor participante y la de la ciudad de Medellín y de su Área Metropolitana.

Nivel de Riesgo: según la Resolución N° 08430 de 1993. Este estudio reviste para los participantes un *riesgo mínimo*, ya que se trata de la aplicación de instrumentos para medir las metas evolutivas, las representaciones de futuro y algunos hábitos en salud; no se incluyen procedimientos diagnósticos ni terapéuticos invasivos, ni manipulaciones de la conducta de los participantes, solo se considera la educación o asistencia incidental de algunos aspectos del cuidado de su salud que puedan surgir. Las molestias son las relacionadas con fatiga en realización de la prueba o con la incomodidad que puedan generar las preguntas.

Beneficios: aporte al conocimiento científico en los aspectos descritos que buscan mejorar el estado de salud y la calidad de vida de estos grupos poblacionales.

Criterios de inclusión: Personas adultas jóvenes (20-35 años), estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia y adultas mayores (> 60 años) asistentes al programa Aula Universitaria de Mayores de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia o a programas ambulatorios de enfermos crónicos de Coomeva.

La Participación en el estudio es libre y voluntaria y con previo diligenciamiento del consentimiento informado en original para el investigador y copia para el participante. En ningún momento les serán asignados, ni solicitados aportes en dinero o en especie por concepto de su participación.

Procedimiento: diligenciamiento de un instrumento que consta de 10 puntos, que puede ser completado en un tiempo aproximado de una hora.

Acceso y devolución de la información: las personas participantes pueden realizar las preguntas que consideren pertinentes respecto al estudio y tener acceso a los resultados generales siempre que lo soliciten a la investigadora, además se diseñarán estrategias grupales de divulgación de los hallazgos en las instituciones participantes.

Confidencialidad: Se garantiza a los participantes en el estudio que la información recolectada se mantendrá bajo absoluta reserva, se manejará con total confidencialidad y que en ningún caso serán divulgadas sus identidades, pues los datos obtenidos son procesados con códigos numéricos. Todos los hallazgos serán socializados sólo con fines académicos e investigativos.

Libertad de retiro: Los participantes pueden retirarse del estudio cuando lo deseen, sin que por esto sean acreedores de sanciones de ningún tipo.

Relación investigador- participantes: la relación en el caso del estudio es completamente independiente a la relación que pueda ser establecida entre ambas partes en situaciones pasadas y futuras como profesor-alumno o terapeuta-paciente.

Responsabilidad del investigador: Aunque se calcula un riesgo mínimo para el estudio, el investigador (persona natural) asume la responsabilidad de los riesgos que puedan presentarse como consecuencia del mismo.

Aprobación del Comité de Ética: Estudio fue aprobado en:

- Acta N° 424, de Agosto 11 de 2010 del Consejo de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.
- Acta N° 2 de Agosto de 2010 del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.
- Acta N° 7 de Agosto 18 de 2010 del Comité de Ética Regional de Coomeva Sector Salud.
- Carta de aceptación del estudio por parte del Señor Gerente Dr. Santiago A. Restrepo M, del 9 de Septiembre de 2010.

Contacto para Aclaraciones: María del Carmen Zea Herrera. Teléfono oficina 219 63 58. Celular 310 39 35 237, correos electrónicos: carmenzea@tone.udea.edu.co y carmenzeaherrera@hotmail.com

Firmas:

1. _____

C.C. N° 43'055.543 de Medellín

(Investigadora)

2. _____

C.C. N° _____ de

(Participante)

3. _____

C.C. N° _____
de _____

(Testigo 1)

4. _____

C.C. N° _____
de _____

(Testigo 2)

Ciudad y fecha: _____ de 2010.