

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**Condiciones de vida y su relación con el nivel de satisfacción en la vejez:
Estudio correlacional con personas mayores de 65 años
inscritas en un EBAIS de zona urbana**

Proponentes:

Magali Acuña Picado A00044

Silvia Víquez Campos A04599

Comité Asesor:

Directora: Marta Quirós Arley

Lectora: Flora Isabel Pérez Gutiérrez

Lectora: Vanessa Smith Castro

TRIBUNAL EXAMINADOR

Presidente:

Lic. Marlon Morales Chaves



Profesora Invitada:

Licda. Adriana Sancho



Directora Trabajo Final de Graduación:

Msc. Marta Quirós Arley



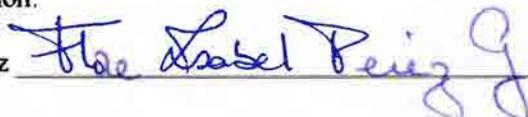
Lectora Trabajo Final de Graduación:

Dra. Vanessa Smith Castro



Lectora Trabajo Final de Graduación:

Licda. Flora Isabel Pérez Gutiérrez



Dedicatoria

Al culminar una etapa tan importante de nuestras vidas como es la obtención de una carrera profesional, y dar paso hacia la inserción laboral, agradecemos infinitamente a Dios por darnos salud, fuerza y motivación para seguir adelante.

*Asimismo, deseamos dedicar este trabajo a nuestros padres, quienes han estado a nuestro lado en cada momento de nuestras vidas, apoyándonos e impulsándonos a continuar, y sin quienes esto no hubiese sido posible.
Gracias por su dedicación, amor y esfuerzo.*

Magali y Silvia.

Agradecimiento

Queremos agradecer al equipo asesor de nuestro trabajo;

Marta Quirós A., directora,

Vanessa Smith C., lectora y

Flora Isabel Pérez G., lectora;

quienes con su experiencia y aportes nos ayudaron a realizar este sueño.

Asimismo agradecemos a todas aquellas personas que en uno u otro momento nos ayudaron, con sus aportes, tiempo y conocimientos a realizar el presente trabajo

Y muy especialmente, agradecemos a las personas adultas mayores que muy gentilmente nos brindaron su tiempo y disposición.

Sin ustedes no hubiese sido posible esta empresa.

Magali y Silvia.

Tabla de Contenidos

I. Introducción	2
II. Marco Referencial	10
1. Antecedentes de Investigación	10
1.1. Edad cronológica, nivel de actividad y de satisfacción	10
1.2. Percepción de la vejez según el sexo	11
1.3. Salud y satisfacción para el adulto mayor	12
1.4. Funcionalidad y participación en actividades	13
1.5. Concepción estereotipada de la vejez	13
1.6. Conclusiones de los estudios: aportes al acercamiento de la problemática	14
2. Marco Conceptual	16
2.1. La vejez y el envejecimiento	16
2.2. Niveles de satisfacción con la vejez	20
2.3. Condiciones de vida determinantes del nivel de satisfacción de la vejez	26
2.3.1. Sexo	27
2.3.2. Edad	30
2.3.3. Estado Civil	31
2.3.4. Recursos Económicos	32
2.3.5. Salud	33
2.3.6. Sistema Familiar	36
2.3.7. Redes Sociales	38
2.3.8. Actividades	41
2.3.9. Independencia y Autonomía	43
2.3.10. Estereotipos sociales en torno a la vejez	44
2.3.11. Discriminación hacia las personas adultas mayores	48
3. Problema de Investigación	52
4. Hipótesis y Objetivos de Investigación	54
III. Metodología	56
1. Estrategia Metodológica	56
2. Operacionalización de las variables	57
3. Explicación de variables descriptivas que no entran dentro del proceso correlacional	61
4. Población y selección de la muestra	62
5. Procedimientos y técnicas de recolección de la información	65

6.	Procedimiento de análisis de la información	69
7.	Criterios de validez y confiabilidad	71
8.	Consideraciones éticas y protección de los sujetos de investigación	73
IV.	Análisis de los Datos	74
1.	Descripción de la Muestra	75
2.	Validez y confiabilidad de las escalas e índices utilizados en el estudio (Psicometría)	82
3.	Análisis Descriptivo de las Variables	86
3.1.	Recursos Económicos	86
3.2.	Estado de Salud	93
3.3.	Sistema Familiar	100
3.4.	Redes Sociales	107
3.5.	Nivel de participación y realización de actividades cotidianas	111
3.6.	Interiorización de estereotipos negativos de la vejez	119
3.7.	Percepción de la Discriminación	124
3.8.	Satisfacción en la Vejez	131
4.	Correlaciones	135
4.1.	Variables Sociodemográficas: sexo, edad, nivel educativo y estado civil	135
4.2.	Ingresos Económicos	137
4.3.	Nivel de Salud	142
4.4.	Sistema Familiar	149
4.5.	Redes Sociales	152
4.6.	Nivel de participación y realización de actividades cotidianas	156
4.7.	Interiorización de estereotipos negativos	160
4.8.	Percepción de la Discriminación	165
4.9.	Nivel de Satisfacción en la Vejez	171
5.	Análisis de Regresión Múltiple	175
V.	Conclusiones y Recomendaciones	180
VI.	Referencias Bibliográficas	192
VII.	Anexos	202
1.	Consentimiento Informado	203
2.	Cuestionario	205
3.	Datos sociodemográficos de la población adulta mayor en Costa Rica	209

Índice de Gráficos

Introducción

Gráfico 1: Aumento en el número de personas de 64 años de edad y más (2001-2004) en Costa Rica	5
Gráfico 2: Distribución de la población por sexo y edad de Costa Rica y del Cantón de Montes de Oca. Censo 2000	6

Marco Referencial

Gráfico 1: Esperanza de vida al nacer para hombres y mujeres	25
--------------------------------------------------------------	----

Análisis de Datos

Gráfico 1: Sexo del entrevistado(a)	75
Gráfico 2: Caracterización de la muestra por grupos de edad y sexo	76
Gráfico 3: Nivel educativo y edad del entrevistado(a)	79
Gráfico 4: Estado civil según el sexo	80
Gráfico 5: Fuente de ingresos económicos de los y las gerontes	87
Gráfico 6: Comparación fuente de ingresos económicos por sexo	87
Gráfico 7: ¿Considera que sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas?	89
Gráfico 8: Razones por las cuales las personas adultas mayores consideran que sus ingresos no satisfacen sus necesidades básicas	90
Gráfico 9: Satisfacción de las necesidades básicas con los ingresos y el nivel educativo	90
Gráfico 10: ¿Padece de alguna enfermedad?	93
Gráfico 11: Tipo de padecimiento	94
Gráfico 12: Comparación entre padecimiento de enfermedades y grupos de edad	95
Gráfico 13: Calificación del estado de salud	97
Gráfico 14: Calificación del estado de salud y sexo	98
Gráfico 15: Calificación del estado de salud según la edad	98
Gráfico 16: Tipo de convivencia de la persona adulta mayor	100

Gráfico 17: Frecuencia con que recibe apoyo familiar en general	102
Gráfico 18: Frecuencia con que la familia y personas importantes para la persona adulta mayor le muestran afecto, le escuchan y le muestran respeto	106
Gráfico 19: Número de amigos(as)	108
Gráfico 20: Frecuencia con la que el/la entrevistado(a) se reúne con sus amigos y amigas	109
Gráfico 21: Realiza algún tipo de actividades con sus amigos y amigas	110
Gráfico 22: Siente que sus amigos(as) le aprecian y quieren	111
Gráfico 23: Frecuencia con que la persona adulta mayor realiza actividades cotidianas solo(a)	112
Gráfico 24: Diferencia por grupo de edad en cuanto a autonomía e independencia	113
Gráfico 25: Tipo de actividades realizadas por los(as) sujetos adultos mayores	115
Gráfico 26: Total de actividades por grupo de edad	116
Gráfico 27: Aceptación o interiorización de estereotipos negativos de la vejez	120
Gráfico 28: Frecuencia con que la persona adulta mayor se ha sentido discriminada	124
Gráfico 29: Frecuencia con que la persona adulta mayor ha sentido que sus derechos han sido violentados por tener más de 65 años de edad	125
Gráfico 30: Frecuencia con que la persona adulta mayor ha escuchado bromas o chistes o ha sido insultado por razones de su edad	125
Gráfico 31: Frecuencia con que a la persona adulta mayor le han dicho que no puede realizar diversas actividades	126
Gráfico 32: Frecuencia con que el/la adulto mayor ha sentido que lo tratan como a un niño(a)	126
Gráfico 33: Frecuencia con que ha sentido que lo tratan como un niño(a) pequeño y la edad	129
Gráfico 34: Nivel de Satisfacción en la Vejez	133

Índice de tablas

Introducción

Tabla 1: Población mayor de 64 años de edad en Costa Rica para los años 2001-2002-2003-2004	4
---------------------------------------------------------------------------------------------	---

Análisis de Datos

Tabla 1: Sexo del entrevistado(a)	75
Tabla 2: Frecuencias nivel educativo y sexo del entrevistado(a)	77
Tabla 3: Distribución de frecuencias del estado civil	79
Tabla 4: ¿Recibe ingresos económicos?	86
Tabla 5: Correlación entre nivel educativo y satisfacción con los ingresos recibidos	91
Tabla 6: Montos de pensión promedio en la Caja Costarricense del Seguro Social	92
Tabla 7: Correlación entre salud y nivel educativo	96
Tabla 8: Frecuencia y tipo de apoyo familiar recibido por la persona adulta mayor	102
Tabla 9: Escala de apoyo familiar	102
Tabla 10: Correlación: apoyo familiar y edad y sexo	103
Tabla 11: Apoyo familiar y sexo	103
Tabla 12: Apoyo económico por género	104
Tabla 13: Apoyo económico y estado civil	105
Tabla 14: Escala de contención afectiva	105
Tabla 15: Correlación entre contención afectiva y apoyo familiar	107
Tabla 16: Correlación entre el número de amigos(as) y la edad del entrevistado(a)	108
Tabla 17: Escala de autonomía e independencia	113
Tabla 18: Correlación entre edad y nivel de autonomía e independencia.	114
Tabla 19: Correlación: edad y total de actividades realizadas por la persona adulta mayor	116
Tabla 20: Correlación entre total de actividades y padecimiento de enfermedades y la escala de autonomía e independencia	118
Tabla 21: Porcentajes de frecuencia de respuestas ante pregunta: ¿según su opinión las personas adultas mayores son...?	119
Tabla 22: Porcentaje de aceptación de estereotipos negativos de la vejez	120
Tabla 23: Respaldo a estereotipos negativos de la vejez por grupo de edad	121
Tabla 24: Respaldo a estereotipos negativos por sexo	121
Tabla 25: Respaldo a estereotipos negativos de la vejez y sexo del entrevistado(a)	123
Tabla 26: Correlación: respaldo a estereotipo de que los(as) adultos mayores son pasivos y sexo	123
Tabla 27: Correlación respaldo a estereotipo de que las personas adultas mayores son aburridas y nivel educativo	123
Tabla 28: Correlaciones entre las variables de discriminación	128
Tabla 29: Chi-cuadrada entre sentirse tratado como un niño(a) y edad	129
Tabla 30: Correlación sexo y sentimiento de ser tratado como un niño(a)	130
Tabla 31: Porcentaje de respuestas a los ítems de la escala de satisfacción	131
Tabla 32: Satisfacción personal en la vejez	133

Tabla 33: Correlación entre edad y preguntas escala de satisfacción	134
Tabla 34: Correlación entre sexo y preguntas de la escala de satisfacción	134
Tabla 35: Correlación entre el nivel de satisfacción y el recibir ingresos económicos	138
Tabla 36: Correlación entre el recibir ingresos económicos y el sentirse tratado como un niño(a)	139
Tabla 37: Correlación: satisfacción necesidades básicas, ingresos percibidos y total de actividades	141
Tabla 38: Correlación entre el nivel de satisfacción en la vejez y estado de salud	144
Tabla 39: Correlación entre padecer de alguna enfermedad y preguntas de la escala de satisfacción, total de actividades y respaldo al estereotipo de enfermizos(as)	145
Tabla 40: Correlación entre el total de enfermedades e ítems de la escala de satisfacción y respaldo al estereotipo de que los y las gerontes tienen pocas amistades	146
Tabla 41: Correlación: auto percepción del estado de salud e ítems de la variable actividad, el sentir las cosas peor, menos útil y respaldo al estereotipo de que los y las gerontes son tristes	148
Tabla 42: Correlación entre el nivel de satisfacción y la contención afectiva	149
Tabla 43: Correlación entre la satisfacción en la vejez y el recibir muestras de afecto	150
Tabla 44: Correlación entre contención afectiva e ítems de la escala de satisfacción	152
Tabla 45: Correlación entre apoyo familiar y alterarse con facilidad	152
Tabla 46: Correlación entre la satisfacción en la vejez y el sentirse querido por las amistades	153
Tabla 47: Correlación entre sentirse querido por los demás y la contención afectiva, el apoyo familiar, el sentirse discriminado(a), solo(a) y sin ganas de vivir	155
Tabla 48: Correlación: sentirse solo(a), el número de amigos(as) y el sentirse querido por estos	156
Tabla 49: Correlación: nivel de satisfacción, escala de autonomía e independencia y el total de actividades	157
Tabla 50: Correlación: satisfacción y realizar tareas caseras y actividades fuera de casa solo(a)	158
Tabla 51: Correlación: autonomía e independencia, ítems escala de satisfacción y el sentirse tratado como niños(as)	159
Tabla 52: Correlación entre el total de actividades y el recibir apoyo de la familia para la recreación, ítems escala de satisfacción y respaldo a estereotipos negativos	160
Tabla 53: Correlación entre satisfacción en la vejez y respaldo a estereotipos	161
Tabla 54: Correlación entre respaldo a estereotipos negativos, ítems de la escala de satisfacción y total de actividades	162
Tabla 55: Respaldo a estereotipos de la vejez, estado de salud, total de actividades y redes sociales	165
Tabla 56: Correlación entre satisfacción en la vejez e ítems de discriminación	166
Tabla 57: Correlación: ítems de percepción de la discriminación, ítems de la escala de satisfacción, redes sociales, respaldo a estereotipos negativos y total de enfermedades	168
Tabla 58: Correlación: frecuencia con la que la persona adulta mayor ha sentido violentados sus derechos, el recibir ingresos económicos, el total de actividades y el respaldo a los estereotipos negativos de inútiles y lentos(as)	169
Tabla 59: Correlación: ítems percepción de la discriminación, ítems de la escala de satisfacción y respaldar el estereotipo de lentos(as)	169

Tabla 60: Correlación: ítems percepción de la discriminación, sentirse menos útil, escala de autonomía y recibir ingresos económicos	170
Tabla 61: Correlaciones con el nivel de satisfacción en la vejez	173
Tabla 62: ANOVA	175
Tabla 63: Coeficientes	177
Tabla 64: Model Summary	178

Índice de Abreviaturas

AGECO:	Asociación Gerontológica Costarricense
CCP:	Centro Centroamericano de Población
CCSS:	Caja Costarricense de Seguro Social
CONAPAM:	Concejo Nacional de la Persona Adulta Mayor
EBAIS:	Equipo Básico de Atención Integral de Salud
IMAS:	Instituto Mixto de Ayuda Social
INEC:	Instituto Nacional de Estadística y Censos
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAIS:	Programa de Atención Integral de Salud
SOC:	Selección, Optimización y Compensación
SPSS-10:	Programa Estadístico para Ciencias Sociales, Versión 10
TCU:	Trabajo Comunal Universitario
UCR:	Universidad de Costa Rica

RESUMEN

1. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

Acuña, M. y Víquez, S. (2006). Condiciones de vida y su relación con el nivel de satisfacción en la vejez: Estudio correlacional con personas mayores de 65 años inscritas en un EBAIS de zona urbana. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica.

2. CONTENIDO:

2.1. Objetivos

El presente trabajo es un estudio correlacional, y tiene como objetivo determinar la relación entre las condiciones de vida de las personas adultas mayores (sexo, edad, recursos económicos, redes de apoyo, sistema familiar, participación activa, salud, respaldo a los estereotipos negativos de la vejez y percepción de la discriminación) y el nivel de satisfacción en la vejez.

La hipótesis general de la investigación fue que el sexo, edad, el recibir ingresos económicos suficientes, la percepción de la salud, el apoyo por parte del sistema familiar y redes sociales, la incorporación de estereotipos y la percepción de la discriminación; influyen en el nivel de satisfacción en la vejez.

El interés por estudiar este tema surge de la preocupación por ampliar los conocimientos sobre la etapa de la vejez, e idear políticas y mecanismos de atención que promuevan una mejor calidad de vida y envejecimiento exitoso en la población adulta mayor. El estudio resulta relevante para la Psicología y la Gerontología, al aportar información y una herramienta metodológica para la investigación sobre las condiciones de vida y el nivel de satisfacción en la vejez.

2.2. Metodología

La investigación presenta un enfoque metodológico cuantitativo, de tipo correlacional. Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario administrado por entrevista personal, el cual fue aplicado a una muestra seleccionada al azar de 101 personas con 65 años o más, inscritos al EBAIS de Vargas Araya. Se utilizó el procedimiento bola de nieve y se coordinó con el Área de Salud de Montes de Oca para seleccionar y contactar a los(as) sujetos.

El cuestionario contiene preguntas cerradas sobre las distintas variables independientes (sexo, edad, redes de apoyo, familia, participación activa, salud, respaldo a estereotipos negativos de la vejez, percepción de la discriminación) y la variable dependiente nivel de satisfacción. Se empleó un consentimiento informado, con el cual se informó a cada sujeto(a) acerca del objetivo de la investigación, confidencialidad y la libertad de participar o no en el estudio. Posterior a la recolección de los datos se realizó un análisis psicométrico, estadístico descriptivo y de regresión múltiple para determinar la relación entre las variables, todo con ayuda del Programa Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS-10).

2.3. Resultados y Conclusiones

2.3.1. Resultados

La muestra estuvo conformada en su mayoría por mujeres, además principalmente eran personas con edades entre los 65 y 70 años, y eran en su mayoría casados(as) y viudos(as). En cuanto al nivel educativo se diferenció un segmento poblacional con un alto nivel educativo (universitario) y otro con bajo grado académico (primaria).

De acuerdo a los resultados estadísticos no hay relación entre el nivel de satisfacción en la vejez y las variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel educativo y estado civil del senescente. Las variables que correlacionan significativamente con

el nivel de satisfacción en la vejez son: el recibir ingresos económicos, el padecimiento de enfermedades, la auto percepción del estado de salud, la contención afectiva recibida de familiares y amigos(as), la autonomía e independencia, el realizar actividades, el respaldo a los estereotipos negativos de la vejez, y la percepción de la discriminación y el sentir violentados los derechos por ser una persona adulta mayor.

Al realizar el análisis de regresión múltiple se encontró que los cinco mejores predictores del nivel de satisfacción en la vejez son: la autopercepción del estado de salud, el número de enfermedades, el sentirse apreciado(a) y querido(a) por las amistades, el respaldo a los estereotipos negativos y la frecuencia con que las instituciones y personas violentan los derechos de las personas adultas mayores.

2.3.2. Conclusiones

- ∞ Las condiciones de vida relacionadas con el nivel de satisfacción en la vejez son aquellas de carácter psicológico, social, de salud; y no las de tipo sociodemográficas.
- ∞ Para los y las gerontes es más importante el recibir ingresos económicos, que la cantidad de los mismos.
- ∞ Promover estilos de vida saludables y prevenir las enfermedades, son medidas que impactan positivamente la satisfacción en la vejez, por lo cual se recomienda brindar una atención integral, que tome en cuenta la salud física, emocional y mental.
- ∞ Para la persona adulta mayor es importante, tener alguien con quien contar (amigo/a, vecino/a, familiar) que le brinde apoyo y afecto, para sentirse satisfecho(a).
- ∞ Aún cuando las capacidades, habilidades y la energía disminuyen con los años, no se debe infantilizar al sujeto(a) adulto mayor, ni impedirle la realización de actividades. Se debe promover que éstos(as) realicen actividades, tomen sus propias decisiones, etc
- ∞ El respaldo de los estereotipos negativos de la vejez se relaciona con un bajo nivel de satisfacción. Por tanto, es importante promover una visión realista de la vejez.
- ∞ La percepción de la discriminación se relaciona con la satisfacción. La violación de los derechos, el trato injusto y el impedimento de la realización de actividades; son acciones que inciden en un menor nivel de satisfacción.

- ∞ Se recomienda continuar investigando acerca de la satisfacción en la vejez, en distintos contextos (físicos y sociales) y con muestras de mayor tamaño a la utilizada en este estudio, con el fin de último de diseñar programas y estrategias de intervención en pro de la satisfacción y del envejecimiento exitoso.
- ∞ Se propone la utilización del instrumento empleado en la presente investigación como herramienta útil a la psicología y la gerontología, para conocer las condiciones de vida de las personas mayores y su influencia en la satisfacción.
- ∞ Se propone un trabajo en red entre los distintos entes encargados de trabajar y atender la población adulta mayor, con el fin de que las necesidades del(a) geronte sean cubiertas de forma integral.

Palabras Claves:

VEJEZ, ENVEJECIMIENTO, SATISFACCIÓN, CALIDAD DE VIDA, CONDICIONES DE VIDA, VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, SALUD, SISTEMA FAMILIAR, REDES SOCIALES, AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, ESTEREOTIPOS, DISCRIMINACIÓN.

Llegar a Viejo

Juan Manuel Serrat.

*Si se llevasen el miedo y nos dejasen lo bailado
Para enfrentar el presente
Si se llegase entrenado y con ánimos suficientes*

*Y después de darlo todo, en justa correspondencia
Todo estuviese pagado y el carné jubilado
Abriese todas las puertas*

*Quizá llegar a viejo sería más llevadero
Más confortable, más duradero
Si el ayer no se olvidase tan aprisa
Si tuviesen más cuidado en donde pisan*

*Si viviese entre amigos
Que al menos de vez en cuando
Basase en una pelota
Si el cansancio y la derrota no supiesen tan amargo*

*Si fuesen poniendo luces en el camino a medida que el corazón se acobarda
Y los ángeles de la guarda
Diesen señales de vida*

*Quizá llegar a viejo sería más razonable
Más apacible, más transitable
Y si la veteranía fuese un grado
Si no se llegase huérfano ese trago*

*Si tuviese más ventaja y menos inconvenientes
Si el alma se apasionase
El cuerpo se alborotase y las piernas respondiesen*

*Y del pedazo de cielo reservado
Para cuando toca entregar el equipo
Repartirse en anticipos a los más necesitados*

*Quizá llegar a viejo sería todo un progreso
Un buen remaste un final con besos
En lugar de arrinconarnos en la historia
Convertidos en fantasmas con memoria*

*Si no estuviese tan oscuro a la vuelta de la esquina
O simplemente si todos entendiésemos
Que todos llevamos un viejo encima.*

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo general conocer la relación entre las condiciones de vida y el nivel de satisfacción en la etapa de la vejez que tienen las personas mayores de 65 años.

Por condiciones de vida se entienden aspectos sociodemográficos como: edad, sexo y recursos económicos; algunos aspectos relacionados con calidad de vida como: redes de apoyo, participación activa y el nivel de salud/enfermedad; la interiorización de estereotipos en torno a la vejez y la percepción de la discriminación.

Vela, Figueiredo, Batista, Montaña y Sotelo (2002) definen el nivel de satisfacción en la vejez como el estado de bienestar, felicidad, gusto o placer que experimentan las personas adultas mayores, con todos aquellos aspectos biológicos, sociales y psicológicos relacionados con la vejez.

De esta manera se planteó identificar la relación existente entre: sexo, edad, recursos económicos, redes de apoyo (sistema familiar y amistades), nivel de participación activa, nivel de salud, tenencia de estereotipos sobre la vejez y percepción de la discriminación, con el nivel de satisfacción en la vejez de las personas mayores de 65 años inscritas en el EBAIS de Vargas Araya.

El interés por conocer la relación entre estas variables, surgió del supuesto de que la satisfacción con la cual se viva la vejez y la calidad de vida de la misma

dependen de múltiples factores. Fernández-Ballesteros (2002) habla de factores socioeconómicos como la falta de apoyo social, disminución del poder adquisitivo y malas relaciones con familiares, vecinos(as) y/o amigos(as). Factores biológicos como enfermedades que reducen la autonomía y la movilidad; y factores psicológicos como la ansiedad, el estrés y otras emociones que disminuyen la motivación para realizar tareas cotidianas.

Fernández-Ballesteros (2002) considera que la manera como cada individuo “perciba su vida –como una base para su continuo desarrollo personal o como el principio del fin- va a ser esencial para su propio envejecimiento” (Fernández-Ballesteros, 2002, p. 32).

Kalish (1991) señala a la vejez como una etapa de cambios y pérdidas físicas a nivel sensorial (audición y visión), motor y cognitivo. Sin embargo, estas pérdidas en la capacidad producto del proceso de envejecimiento, no necesariamente explican la conducta y nivel de satisfacción vital en la vejez; dependiendo más bien del significado atribuido a cada pérdida, del recurso social, afectivo, familiar y capacidad adaptativa al cambio de la persona adulta mayor.

La incorporación de estereotipos negativos está relacionada con la satisfacción de la vejez y de la imagen de sí mismo. Para Hidalgo (1998) los estereotipos sociales hacen que quienes los han incorporado como verdades tengan una visión de la vejez como una etapa poco atractiva.

Hasta la segunda mitad del siglo XIX, un número pequeño de la población mundial llegaba a la vejez. Hoy, gracias a los avances en psicología, medicina, salud pública, desarrollo económico y el bienestar social, un mayor número de personas alcanza edades avanzadas en todo el mundo.

América Latina experimenta una expansión demográfica de personas con más de 60 años, como consecuencia de una decreciente tasa de natalidad y morbilidad junto con un incremento de la esperanza de vida al nacer. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1992) para el año 2025, las personas adultas mayores serán 93,3 millones, representando el 10,8% de la población total.

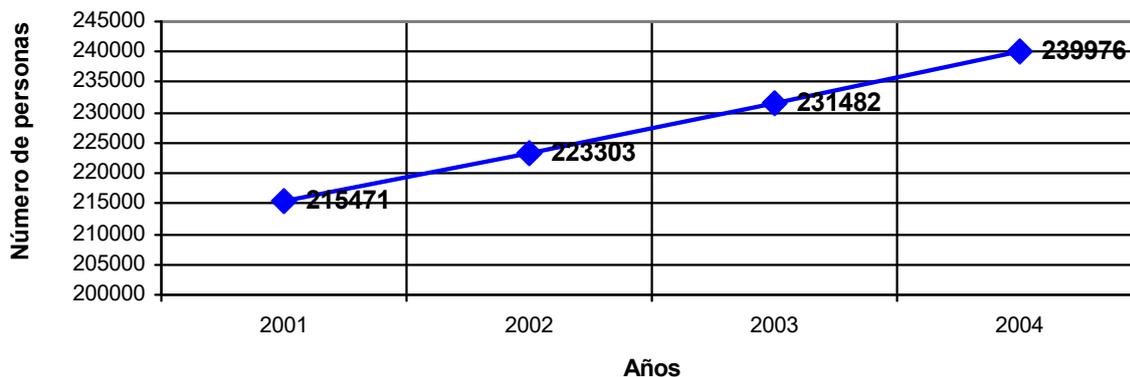
En Costa Rica, de acuerdo con el Undécimo Informe del Estado de la Nación (2001-2004) la población de personas mayores de 64 años de edad para el 2004 en todo el territorio nacional fue de 239976 sujetos(as). Representando las personas de 60 años de edad y más, el 8% de la población total en el 2004. En el cuadro que a continuación se presenta se observa el aumento tenido en los últimos años, con respecto a los sujetos(as) adultos(as) mayores, pasando en el 2001 de 215471 gerontes, a 239976 para el 2004.

Tabla 1: Población mayor de 64 años de edad en Costa Rica para los años 2001-2002-2003-2004

	2001	2002	2003	2004
<i>Población mayor de 64 años</i>	215.471	223.303	231.482	239.976

Fuente: Undécimo Informe del Estado de la Nación 2001-2004

Gráfico 1: Aumento en el número de personas de 64 años de edad y más (2001-2004) en Costa Rica



Elaboración propia a partir de los datos de: Undécimo Informe del Estado de la Nación 2001-2004

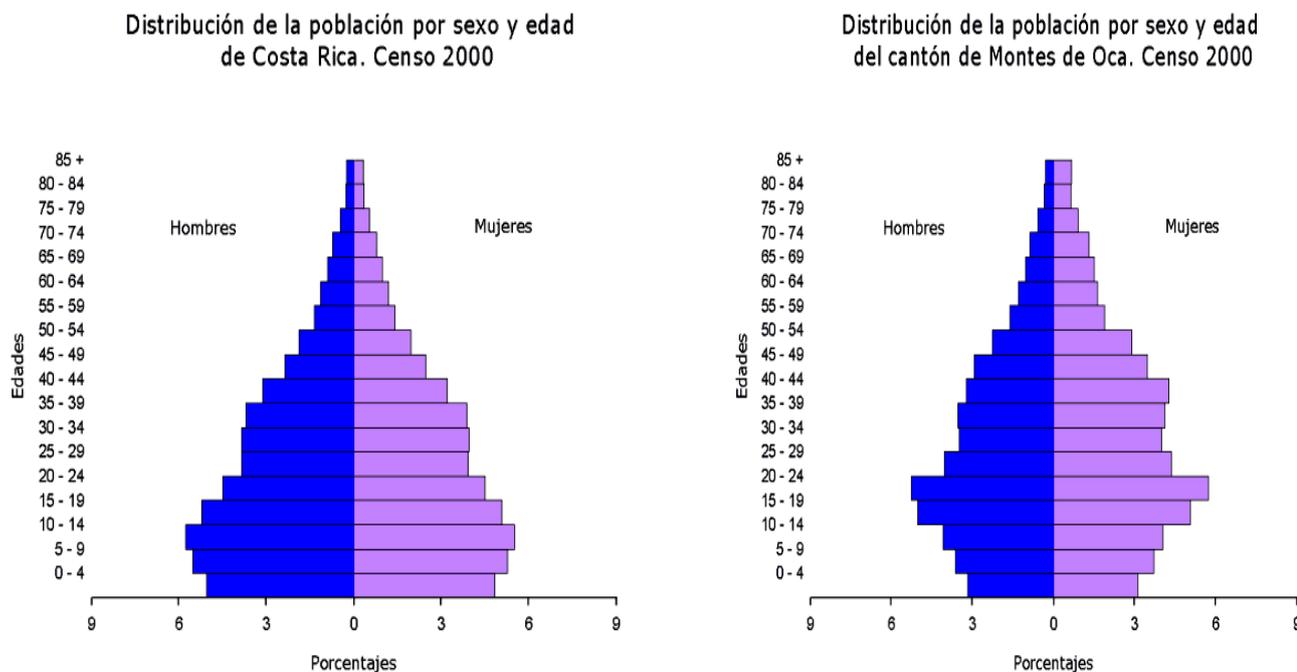
Los datos anteriores reflejan un constante aumento en la población adulta mayor. El crecimiento de este grupo poblacional, es una de las razones por las cuales ha incrementado el interés por estudiar esta etapa vital. Principalmente se ha hecho hincapié en la calidad de vida durante dicha fase. En la presente investigación se destaca el interés por identificar las condiciones de vida que hacen que se tenga mayor satisfacción en la vejez, con el fin de promover ésta en las personas adultas mayores.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2002) en el Distrito de San Pedro de Montes de Oca hay un total de 26524 habitantes en general, de los cuales 4126 personas tienen 65 años o más, representando el 10.2% de la población. El Análisis de la Situación Integral de Salud 2004-2006 del Área de Salud de Montes de Oca señala a esta localidad como una de las mayormente envejecidas del país, es decir, uno de los lugares donde habita un alto porcentaje de personas mayores de 65 años de edad. Razón por la cual se justifica el haber realizado el estudio en esta área geográfica, siendo los resultados de gran importancia teórica y práctica para las

autoridades en salud del sector, que trabajan en pro de la calidad de vida y salud de las personas adultas mayores de la zona.

Gráfico 2: Distribución de la población por sexo y edad de Costa Rica y del cantón de Montes de Oca.

Censo 2000



Fuente: Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica (CCP-UCR) 2004.

Para Costa Rica, resulta importante el invertir e interesarse por la investigación, atención y creación de proyectos; que promuevan un conocimiento más profundo de la vejez, y del modo de mejorar las condiciones y calidad de vida de los y las senescentes. En este punto se inscribe la investigación, al pretender contribuir al conocimiento de las condiciones de vida relacionadas con el nivel de satisfacción de la vejez, y en última instancia con calidad de vida. El estudio resulta relevante tanto para la Psicología como para la Gerontología en general.

Esta investigación busca aportar una herramienta metodológica para la investigación sobre condiciones de vida y nivel de satisfacción en la vejez. Al

construir un cuestionario que puede ser utilizado por otras personas o investigadores como un apoyo en el campo de la Psicología y la Gerontología.

El estudio también resulta valioso para la Psicología, al preocuparse por aspectos relativos al desarrollo humano. Específicamente en la etapa de la vejez, la calidad de vida, el comportamiento y las condiciones de vida de los y las senescentes. Además, la presente investigación se inclina por el estudio de algunos factores psicosociales, las redes de apoyo y la valoración subjetiva como aspectos fundamentales que repercuten en la vivencia y nivel de satisfacción.

Asimismo, se buscó identificar los factores o condiciones de vida que influyen en el nivel de satisfacción por parte de las personas mayores de 65 años. De esta manera, se generan nuevos conocimientos que se deben considerar en la planeación y ejecución de políticas, proyectos y programas de intervención y prevención dirigidos a la población de personas adultas mayores.

Para la realización del estudio se coordinó con el Programa de Atención Integral de Salud (PAIS). Programa inscrito al convenio entre la Universidad de Costa Rica (UCR) y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Donde se estipula que el PAIS deberá:

Desarrollar un modelo de atención integral de salud en el primer orden para la población de los cantones de Curridabat, San Pedro y tres distritos del cantón de la Unión. Teniendo como base el modelo

readecuado de salud vigente en el país, y articulando las tres áreas sustantivas del quehacer académico (docencia, investigación, acción social) de la UCR (Chavarría, 2003, p.3).

El estudio, aporta al área de investigación y acción social del PAIS, al trabajar con la población adulta mayor asistente al Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) de Vargas Araya. Comunidad con la cual el PAIS está obligado a desarrollar proyectos para mejorar la salud y calidad de vida de sus habitantes. Brindando información sobre las personas adultas mayores, desde sus opiniones y ayudar al fortalecimiento y mejoría de la atención a dichas personas.

El PAIS en uno sus propósitos principales busca la satisfacción de necesidades de la población adulta mayor, mediante la atención integral de la salud, eje donde se inscribe la propuesta de investigación. El estudio pretendió ayudar en la conformación y aplicación de medidas o planes de acción dirigidos a cambiar las concepciones negativas y estereotipadas de la vejez, limitadoras de la calidad de vida de los y las senescentes. La meta es, entonces, que la longevidad se experimente con un mejor nivel de satisfacción y calidad de vida.

La investigación presenta un enfoque metodológico cuantitativo, de tipo correlacional. Como procedimiento de recolección de datos se utilizó un cuestionario, el cual fue aplicado a una muestra seleccionada al azar de 101 personas (hombres y mujeres) con 65 años o más, inscritos al EBAIS de Vargas Araya. Se trabajó con una muestra por conveniencia de 101 personas, pues según Hernández, Fernández y

Baptista (1998), este número de sujetos permite realizar análisis estadísticos manejables.

Para la selección de los y las sujetos se utilizó el procedimiento de bola de nieve, en el cual se contacta a una persona que cumpla con los criterios de inclusión y ésta contacta a otras personas que también cumplan con estos criterios. Para contactar a los primeros sujetos se coordinó con la Psicóloga y la Trabajadora Social, encargada del Programa de Adultos Mayores en el Área de Salud de Montes de Oca.

El cuestionario está constituido por varios ítems o preguntas cerradas, para medir el nivel de satisfacción con la vejez y las condiciones de vida de las personas. Posteriormente, con los datos obtenidos se procedió a realizar un análisis estadístico descriptivo, por medio del Análisis de Regresión Múltiple para determinar la relación entre las variables. Se utilizó el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS-10).

II. MARCO REFERENCIAL

1. Antecedentes Investigativos

Moñivas (1998), Méndez y Bonilla (1999), Nué (2001), Oddone (2001), Pinquart (2001), Sörensen y Pinquart (2001), Kovaleva (2002), Kwee Ho, Kozo, Taizo, Miyuki, Shoki, Kuniaki, Michiko, Toru y Kiyofumi (2003) se han encargado de estudiar la satisfacción de vida, percepciones, estereotipos y concepciones en torno a la vejez, tomando en consideración la visión de las personas adultas mayores. Obtuvieron entre sus hallazgos la identificación de factores interrelacionados con el nivel de satisfacción durante la vejez, por lo cual se presentan varios de sus aportes a continuación.

1.1. Edad cronológica, nivel de actividad y de satisfacción

Investigaciones (OPS, 1992; Moñivas, 1998; Méndez y Bonilla, 1999; Nué, 2001) a partir del estudio de la población y sus características, han clasificado el proceso de envejecimiento desde diversos puntos de interés como lo es la edad cronológica, el nivel de funcionalidad y el grado de actividad.

Moñivas (1998), Méndez y Bonilla (1999) y Nué (2001) encontraron que las personas adultas mayores toman la edad cronológica como punto de referencia para establecerse dentro de un grupo de pertenencia, el cual es determinado socialmente.

Para Redondo (1990) la vejez, es también una construcción social e histórica que posee el significado que la cultura da a los procesos biológicos que la caracterizan. “La vejez está asociada a la edad, pero no es igual a ésta y, además, no existe una edad concreta en la que se comience a ser viejo. En realidad, decimos que una persona es ‘vieja’ cuando apreciamos en ella una serie de características físicas (pelo cano, arrugas, lentitud), psicológicas (falta de energía vital, entusiasmo) y sociales (conservadurismo, falta de implicación y liderazgo)”. (Fernández-Ballesteros, 2002, p.25).

1.2. Percepción de la vejez según el sexo

Barrenechea, Chacón, Ramírez, Rivera, Rodríguez, Rodríguez, Ulloa, Vásquez, Quesada y Zeledón (2000) encontraron una diferencia en la manera cómo hombres y mujeres definen y vivencian la etapa de la vejez. En los hombres se observó una tendencia a percibir de peor forma la vejez, cuando se comparó con las mujeres. Ello se explica porque para los hombres la jubilación viene a marcar una ruptura subjetiva determinante respecto a la vida anterior, donde se forjaba la identidad a partir del rol laboral. Mientras las mujeres sufren esta pérdida en menor medida, debido a su desempeño en múltiples roles del ámbito doméstico.

Huechuán (2001) y Hedelin y Strandmark (2001) aportan un punto de vista diferente al anterior, al considerar que las mujeres se encuentran menos satisfechas en la vejez. Pues los años que viven más que los hombres se traducen en enfermedad,

pérdidas y sufrimiento, por lo cual coinciden en que los hombres se encuentran más satisfechos que las mujeres.

De lo anterior se desprende que la vejez va a ser percibida de diferente manera por hombres y mujeres, de acuerdo al significado que cada uno le otorgue a la misma, en el cual serán importantes la socialización, las experiencias y determinantes de su historia.

1.3. Salud y satisfacción para el adulto mayor

La OPS (1992) postula que se deben de evitar y prevenir en lo posible los problemas de salud, con el fin de alcanzar un envejecimiento exitoso o satisfactorio.

Moñivas (1998) señala que la concepción de que las personas de más de 65 años son frágiles, con salud deficiente e incapaces, en gran medida es falsa, pues a pesar de las pérdidas en el funcionamiento físico y la salud que pueden presentarse en la vejez, la mayoría de las personas entre 70 y 80 años no necesitan atención hospitalaria.

Por otro lado, Pinguart (2001); Kovaleva (2002) encontraron que la salud de la persona adulta mayor se ve afectada no sólo por los cambios corporales en sí mismos, sino también por la vivencia negativa de la vejez, las representaciones sociales, actitudes y expectativas erróneas de dicha etapa.

1.4. Funcionalidad y participación en actividades

Méndez y Bonilla (1999), Pinquart (2001), Sörensen y Pinquart (2001) argumentan que con el paso del tiempo hay un declive en la salud, estado físico y mental de las personas adultas mayores; y con ello una mayor dependencia, improductividad y pérdida de su funcionalidad, que a su vez incide en un menor nivel de satisfacción. Sin embargo, para Kalish (1991) este declive o pérdida no necesariamente lleva a la improductividad, depresión y dependencia. Esto más bien es determinado por factores psicológicos y sociales como el significado atribuido a los cambios propios del envejecimiento, la manera de afrontarlos y el tener una red de apoyo favorable.

Varios autores (Méndez y Bonilla, 1999; Nué, 2001; Kwee Ho, et. al., 2003) han encontrado que para las personas mayores de 65 años, sentirse activos durante la vejez es trascendental, pues, los distrae, los hace sentirse útiles y valiosos.

1.5. Concepción estereotipada de la vejez

La forma como un individuo perciba o valore la vejez y su nivel de satisfacción vital en la misma, está influenciada por la forma en que la conciba la sociedad. Ésta comúnmente le atribuye a la vejez estereotipos negativos.

Pinquart (2001), Kovaleva (2002) y Kwee Ho, et. al. (2003) han observado una tendencia actual a construir una nueva visión de la vejez, apartándose del modelo de

disminución. Al valorar las ventajas potenciales de la vejez (más tiempo libre, reducción de responsabilidades, prestar atención a lo vitalmente importante, disfrute de esta etapa de manera satisfactoria). Sin embargo, Moñivas (1998) advierte en no caer en el extremo de ver a la vejez como una etapa idealizada (edad de oro). Ésta, como las demás etapas del desarrollo, tiene sus crisis, sus cosas adversas y positivas.

1.6. Conclusiones de los estudios: aportes al acercamiento de la problemática

En los antecedentes de investigación, se observa cómo los estudios enfatizan en los factores o condiciones de vida particulares, influyentes en el nivel de satisfacción en la vejez.

Bonilla (1995) y Méndez y Bonilla (1999) recalcan el papel del género, como condición relacionada con la satisfacción en la vejez. Además de mediar el tipo y nivel de actividad realizado por las personas adultas mayores y el significado atribuido a la misma. El nivel de salud/enfermedad, el nivel de funcionalidad y capacidad para realizar actividades por parte del sujeto adulto mayor, son aspectos por considerar según la revisión bibliográfica realizada al hablar de satisfacción vital. Según Núe (2001), mientras las personas adultas mayores se sientan productivas, independientes y útiles, el proceso de envejecimiento se vivirá de manera positiva.

El tener una concepción distorsionada de la vejez (estereotipada), lleva a la incapacidad de sentirse satisfecho en esa fase vital, pues todo cambio o hecho se relacionará con pérdida, desesperanza, muerte, inutilidad e imposibilidad de desarrollo

posterior. Por otro lado, Oddone (2001) hace énfasis en la importancia de las redes sociales y familiares de apoyo al individuo adulto mayor para sobrellevar de manera positiva y satisfactoria la vejez.

De lo anterior, se observa cómo el asunto de tener en la vejez un alto o bajo nivel de satisfacción con la vida, es multivariable, al depender de varias condiciones en el estilo de vida particular de las personas adultas mayores.

En esta investigación interesa de manera fundamental conocer la relación entre estas condiciones de vida de las personas adultas mayores y su nivel de satisfacción, y la importancia de cada una de estas variables. Pues con ello, se podrían orientar programas que promuevan un mejor envejecimiento.

2. Marco Conceptual

2.1. La vejez y el envejecimiento

Para la Federación Internacional sobre el Envejecimiento (1993) el proceso de envejecimiento, empieza cuando nacemos y finaliza cuando morimos. Este envejecimiento individual, según Inga y Vara (2002) está relacionado con cambios visibles en los organismos a medida que viven cada vez más.

La vejez en cambio, es definida como la “etapa de la vida en que los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes” (Hidalgo, 1994, p. 25). De acuerdo con Vidal (2003) la vejez es una construcción cultural, donde una persona es vieja, cuando el resto de individuos que le rodean así lo perciben.

En la etapa de la vejez, suceden una serie de “cambios determinados por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales” (Radan y Ramírez, 1985, p.44). Estos cambios pueden implicar desarrollo, declinación o deterioro. Las personas adultas mayores “experimentan cambios normales de la vejez que no son iguales a los cambios físicos y mentales producto de la enfermedad”. (Sánchez, 1990, p.13). Sánchez (1990) clasifica los cambios propios de dicha etapa en cuatro áreas:

- ∞ Bio-fisiológica: comprende los cambios en la apariencia física, la declinación gradual del vigor (energía o fuerza física). Cambios en la capacidad visual y auditiva, en la piel, cabello, pérdida de la habilidad física para resistir enfermedades, disminución de la capacidad motora, etc. (Sánchez, 1990)

- ∞ Psicológica: cambios en los procesos sensoriales, las destrezas motoras, percepciones, habilidad para enfrentar y resolver problemas, la inteligencia, los impulsos y las emociones. (Sánchez, 1990; Jamjan y Jerayingmongkol, 2002)
- ∞ Comportamiento: actitudes, expectativas futuras, motivación, roles sociales, ajustes psicológicos a la vejez y la autoimagen. (Sánchez, 1990)
- ∞ Sociológicos: comprende los cambios en las relaciones de las personas adultas mayores con sus familias, el trabajo, las asociaciones y grupos. Las repercusiones económicas, políticas, culturales y de la sociedad en general. (Sánchez, 1990; Jamjan y Jerayingmongkol, 2002)

Estos cambios son parte del proceso del envejecimiento, no obstante algunos autores como Vela, et. al. (2002) y Strydom (2005) consideran que los siguientes cambios son los que principalmente afectan de forma negativa la vivencia de esta etapa por parte de los y las gerontes: el declinamiento de la salud física, la disminución de las capacidades motoras, visión, audición y memoria, así como la pérdida de roles sociales, amigos(as) y familiares.

A pesar de que los cambios producto del envejecimiento llevan a un decremento en la capacidad y habilidad para ejecutar diversas actividades y/o en la satisfacción, esos declives y pérdidas pueden ser compensados. “Ello se puede conseguir optimizando el desarrollo personal y haciendo que los factores de crecimiento existan a todo lo largo del ciclo de la vida”. (Fernández-Ballesteros, 2002, p.12)

Como consecuencia, cada persona concebirá la vejez de manera diferente. Puesto que “cada alteración tiene un impacto que es único y diferente para cada individuo afectado.” (Kalish, 1991, p.45)

Tres personas que sufren la misma pérdida de oído pueden responder de tres maneras diferentes: la persona A obtiene ayuda y empieza a aprender a leer los labios; es relativamente afortunada. La persona B rechaza la ayuda y se sumerge en una vida solitaria; se deprime. La persona C también rechaza dicha ayuda pero trata de encontrar un grupo de amigos que acepten su pérdida del oído y adecuen la situación a esta contingencia. (Kalish, 1991, p. 44-45)

Según Fernández-Ballesteros (2002) se envejece de muy distintas formas, puede observarse a personas mayores que mantienen una buena salud, participan activamente en la sociedad y perciben su vida como plena; mientras; existen otras personas que envejecen con enfermedades múltiples, viven aisladas, deseando terminar sus días. “La diversidad en las formas de envejecer no se produce al azar, sino que se pueden hacer muchas cosas para envejecer bien, con vitalidad” (Fernández-Ballesteros, 2002, p.14).

La satisfacción vital, “cómo se enfrenta el individuo a las pérdidas y cómo puede, él o ella, llegar a ser más capaz para desenvolverse de forma más eficaz”(Kalish, 1991, p. 44) depende no sólo de los cambios biológicos, psicológicos o sociales, sino del significado personal atribuido a cada una de dichas alteraciones, de la actitud tomada frente a la pérdida (el fin de todo, una oportunidad de aprendizaje), y

de factores externos, como el apoyo de los otros a la persona adulta mayor para enfrentar la nueva situación (Fernández-Ballesteros, 2002; Kalish, 1991).

En síntesis: La vejez está asociada a la edad, pero no es igual a ésta y, además, no existe una edad concreta en la que se comience a ser viejo. En realidad, decimos que una persona es 'vieja' cuando apreciamos en ella una serie de características físicas (pelo cano, arrugas, lentitud), psicológicas (falta de energía vital, de entusiasmo) y sociales (conservadurismo, falta de implicación y de liderazgo)... Si se practican una serie de estilos de vida y formas de comportamiento (una dieta sana, ejercicio físico y mental, actividades agradables, alta motivación, sentido de la auto eficacia, etc.); si, además, se cuenta con condiciones sociales favorables (protección social, servicios sociales y sanitarios, etc.), entonces, probablemente, se envejecerá óptimamente. (Fernández-Ballesteros, 2002, p.25)

Fernández-Ballesteros (2002) identifica tres tipos distintos de vejez, a saber:

- ∞ Vejez normal: corresponde a la media de los parámetros en cuanto al funcionamiento biológico, psicológico y social en un determinado contexto social, histórico y cultural.
- ∞ Vejez patológica: entendida como la que se cursa con la enfermedad y depresión.
- ∞ Vejez con éxito (competente, satisfactoria, activa): caracterizada por una baja probabilidad de enfermar y de discapacidad; un alto funcionamiento cognitivo, físico y funcional; y un alto compromiso con la vida y la sociedad.

Dunér y Nordström (2005) identifican tres tipos de ajuste a la vejez, el primero caracteriza a los(as) sujetos adultos mayores que manejan las situaciones y toman activamente decisiones manteniendo independencia y control en sus vidas. El segundo grupo se constituye por individuos que se adaptan a las condiciones que trae la vejez y el contexto en el cual se desenvuelven, abandonando en algún grado su independencia. Y un tercer grupo donde se da una total dependencia y pasividad, dejando que otros(as) decidan por ellos(as).

2.2. Nivel de satisfacción con la vejez

Chang, Hancock, Chenoweth, Jeon, Glasson, Gradidge y Graham (2003) hablan del proceso de envejecimiento psicológico, el cual implica cambios en el comportamiento, la auto-percepción y las reacciones de la persona a medida que debe enfrentarse a la nueva etapa de la vejez. Más que de cambios psicológicos propios del envejecimiento, se habla de evolución psicológica, la cual no es igual en todas las personas. Pues el proceso de envejecimiento varía de un sujeto a otro y depende del medio cultural, nivel intelectual, actividad desarrollada y condiciones de vida del geronte.

La auto percepción de las personas adultas mayores, además de la valoración y reacción frente a los cambios propios del proceso de envejecimiento, tendrán para cada persona un significado distinto.

Se ha notado que existen personas adultas mayores que envejecen con ilusión, con ganas de vivir más, mientras que hay otras personas que por el contrario, envejecen tristes, sin motivación y sin ganas de vivir. Las personas que envejecen de forma placentera, presentan lo que se conoce como un envejecimiento con éxito, el cual según Maddox (1995, citado por Rubio, 2004) se compone de tres elementos básicos: supervivencia, salud-capacidad funcional y satisfacción con la vida.

El concepto envejecimiento con éxito está condicionado por elementos objetivos y subjetivos, por ello autores como Lawton (1975, citado por Rubio, 2004) señalan las siguientes dimensiones como factores que intervienen en que una persona se muestre satisfecha con la vejez o no lo haga:

- ∞ Aptitud conductual (salud objetiva y su auto percepción, actividad motora y cognitiva)
- ∞ Contexto objetivo (cosas que se poseen, ingresos, relación con los vecinos)
- ∞ Percepción de la propia calidad de vida (familiar, de amistad, hogar y acción)
- ∞ Logros psicológicos (dicha, optimismo, coherencia entre lo deseado y lo logrado)

Inga y Vara (2002) hacen alusión al concepto de satisfacción con la vida, el cual engloba un juicio general (subjetivo y afectivo) hacia determinadas áreas de relación. Así, el nivel de satisfacción de la vejez engloba la percepción subjetiva en torno a ciertas condiciones de vida como: el desempeño laboral y social pasado y actual, las relaciones familiares, las relaciones sociales y con amistades, el desempeño personal, nivel de dependencia, nivel de funcionalidad-actividad y el nivel de salud.

El interés por estudiar los factores que determinan que una persona envejezca satisfecha (con éxito) y otra se muestre insatisfecha, ha hecho que varios autores pongan a algunos factores por encima de otros. Por ejemplo algunos han enfatizado en aspectos como:

- ∞ Estado de salud (Bowling, Farquhar y Browne, 1991; Grundy y Bowling, 1999; Jamjan, Maliwan, Pasunant, Sirapo-ngam, y Porthiban, 2002; Kwee Ho, et. al., 2003 y Strydom, 2005)
- ∞ Autopercepción del estado de salud (Kitamura, Kawakami, Sakamoto, Tanigawa, Ono y Fujihara, 2002; Kozma, Stones y Reker, s.f.)
- ∞ Redes sociales (Bowling, et. al., 1991; Jamjan y Jerayingmongkol, 2002; Smith, Sim, Scharf, y Phillipson, 2004). Para Barros y Herrera (2003) el verse como alguien significativo para otros afianza la autoestima y lo hace percibirse con un lugar en el mundo.
- ∞ Apoyo o ayuda social (Bowling, et. al., 1991; Grundy y Bowling, 1999)
- ∞ Relaciones familiares (Kwee Ho, et. al., 2003; Smith, et. al., 2004)
- ∞ Actividad física (Jamjan, et. al., 2002; Kwee Ho, et. al., 2003; Strydom, 2005)
- ∞ Autonomía e independencia (Grundy y Bowling, 1999; Kwee Ho, et. al., 2003)

Rubio (2004) considera que los factores que se relacionan con el envejecimiento exitoso o satisfactorio son múltiples, y retoman el modelo propuesto por Baltes denominado Selección, Optimización y Compensación (SOC), según el cual un envejecimiento satisfactorio implica generar estrategias selectivas en relación con los esfuerzos que se van a realizar, a la vez emplear estrategias y actividades adecuadas de forma que se compensen las pérdidas propias del envejecimiento,

maximizando las cualidades y condiciones de apoyo del entorno. Puesto que “es mejor y más fácil envejecer en una sociedad donde el anciano desempeña un papel importante” (Rubio, 2004, p. 237).

La teoría del SOC propone que en todos los períodos de la vida se dan pérdidas y ganancias psicológicas; pero en la vejez las pérdidas superan en gran medida a las ganancias. “Así, por ejemplo, los apoyos sociales no compensan suficientemente el deterioro que se da en la estructura fisiológica, más las crecientes pérdidas de funcionalidad conductual. En última instancia la Selección, Optimización y Compensación serían estrategias de organización aplicadas por el individuo para enfrentarse a la vida, tácticas que, si son adecuadas pueden ser claros índices de envejecimiento saludable.” (Rubio, 2004, p. 240)

Ante los cambios propios del proceso de envejecer, la persona adulta mayor para llevar a cabo la vida y la vejez con éxito puede: seleccionar aquellas actividades realmente importantes para sí y centrar las energías y esfuerzos en estas; optimizar, es decir, trabajar en áreas fundamentales de la vida; y; compensar las pérdidas por medio de la búsqueda de apoyo externo. (Rubio, 2004)

De esta manera, se distingue entre quienes expresan una elevada satisfacción, y quienes se sienten insatisfechos. Los primeros se caracterizan por tener una buena valoración subjetiva de su vida y haber sobrellevado los cambios propios del envejecimiento con una actitud positiva adaptándose a los mismos. Estos sujetos valoran en gran medida las cosas que pueden hacer y se centran en ellas y no en lo que

no pueden hacer. Las personas con un bajo nivel de satisfacción se caracterizan por percibir los cambios del envejecimiento de manera derrotista, como si fuera el fin, dicen no poder cambiar, se enfocan exclusivamente en lo que ya no pueden hacer y por ende no se sienten a gusto con su vejez.

Hagberg (1995, citado por Rennemark, M. y Hagberg, 1997) demostró que la capacidad de hacer frente a las situaciones estresantes es un determinante fuerte de satisfacción de la vida en la vejez. Así, los cambios que el envejecimiento trae, se deben tratar satisfactoriamente para mantener la independencia.

Consecuentemente, lo que se desea con el envejecimiento exitoso es el bienestar psicológico o subjetivo que alude a un sentimiento o estado positivo percibido por el sujeto y derivado de una evaluación afectiva y cognitiva que la persona hace de la vida en conjunto. El bienestar psicológico, que es entendido en esta investigación como satisfacción con la vejez se compone de varias dimensiones, entre las cuales se destacan, según Rubio (2004):

- ∞ Entusiasmo versus apatía, medido por el nivel de participación del individuo en actividades, y, por su interés hacia las otras personas.
- ∞ Resolución y fortaleza, entendido como el grado de independencia o autonomía de la persona con respecto a su propia vida.
- ∞ Congruencia entre las metas y los logros alcanzados.
- ∞ El auto concepto relacionado con la imagen positiva (física, psíquica y social) que tiene la persona de sí misma. Fernández-Ballesteros (2002) agrega que la forma de

percibirse a sí mismo influye en la manera cómo lo ven los demás, y, especialmente, en el nivel de satisfacción con la etapa que se vive.

∞ Estado de ánimo, actitudes hacia el envejecimiento, y sentimientos positivos y negativos de la persona.

De la misma manera (Smith, et. al., 2004) señala que el bienestar subjetivo se encuentra determinado por los efectos directos e indirectos de las variables socioculturales y demográficas (como edad, género, estado civil); condiciones objetivas de la calidad de vida (vivienda, ingresos económicos, redes sociales, estado de salud y actividades); y las experiencias o valoraciones subjetivas de estas condiciones de vida.

La satisfacción en general refiere todo aquello que produce un estado de felicidad, gusto o placer. En el adulto mayor, la satisfacción con la vida está ligada a las experiencias involucradas en la historia de cada individuo. Así la satisfacción con la vida, dependerá de la percepción positiva o negativa de los ancianos sobre variables biológicas, sociales y psicológicas. (Vela, et. al., 2002, p. 46)

Para efectos del presente trabajo se consideraron dos grandes niveles de satisfacción con la vejez, satisfacción alta y baja, los cuales son definidos operacionalmente a partir de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Satisfacción de Filadelfia de Lawton (1972), adaptación de Montorio (1994). El nivel de satisfacción alta comprende el que la persona adulta mayor considere o manifieste

sentirse realizado con su vejez, con sus relaciones interpersonales (familiares, amistades), su salud, su nivel de autonomía y actividad, su participación en actividades y/o grupos, y la auto-imagen. Por el contrario, el nivel de satisfacción bajo se presentó cuando la persona expresó no sentirse realizado ni satisfecho con la manera como vive su vejez, en los anteriores aspectos.

2.3. Condiciones de vida determinantes del nivel de satisfacción de la vejez

De acuerdo con Rubio (2004) y Fernández-Ballesteros (2002) las condiciones de vida son determinantes o influyen sobre el nivel de satisfacción con la vejez, es decir en el envejecimiento exitoso. Se entiende por “estilos de vida los comportamientos habituales de las personas en sus tres dimensiones fundamentales: pensamiento, emociones y acciones. Lo que pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos son factores que dirigen a las personas en su vida”. (Fernández-Ballesteros, 2002, p.64)

Ryff (1989, citado por Rubio, 2004) propone un modelo de síntesis de desarrollo personal en el cual destaca a la autorrealización, las relaciones positivas con los otros, la autonomía, el dominio del ambiente, y el tener una meta o propósito de la vida, como factores que llevan al proceso de desarrollo óptimo de la persona.

Para Oddone (2001) el nivel de satisfacción tenido en la vejez depende de varios factores: su género, su nivel de autonomía, y el contexto social donde vive. Fernández-Ballesteros (2002) sostienen que el alcanzar un envejecimiento saludable y

exitoso, caracterizado por un nivel alto de satisfacción, depende de varias condiciones necesarias en la vida actual y pasada de las personas adultas mayores entre ellas: un adecuado nivel de salud, actividad física o autonomía funcional, participación social, desarrollo personal y mantener un alto funcionamiento cognitivo y físico.

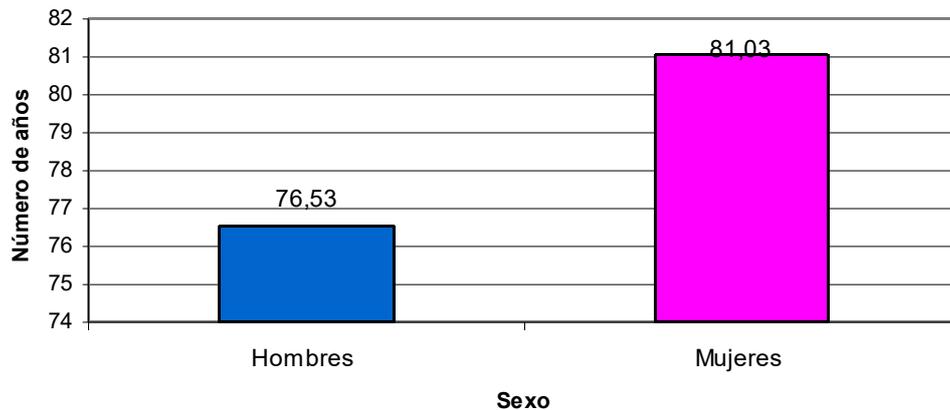
El sistema social de referencia, señala Lehr (1980), aparece como un factor determinante respecto de la imagen y de las vivencias de sí mismo. De manera tal:

La imagen de sí mismo y la orientación hacia la realidad por parte del sujeto de edad avanzada quedan afectadas por tales estereotipos, que son los que determinan su comportamiento real... Se trata de expectativas que carecen de fundamento científico, pero que actúan sobre el modo como la persona de edad avanzada se vivencia a sí misma y por ello, dificultan la situación. (Lehr, 1980, p. 285)

2.3.1. Sexo:

Oddone (2001) señala como característica sobresaliente de las sociedades actuales el hecho de que las mujeres presentan una mayor sobre vivencia a los hombres, lo cual se traduce en un alto porcentaje de mujeres dentro del grupo de personas mayores de 65 años de edad. Como se puede apreciar en el siguiente gráfico la esperanza de vida al nacer para hombres y mujeres en Costa Rica para el año 2004 fue de 76.53 años para los hombres y de 81.03 años para las mujeres.

Gráfico 1: Esperanza de vida al nacer para hombres y mujeres



Elaboración propia a partir de datos del: Undécimo Informe del Estado de la Nación 2001-2004

Esta supervivencia femenina hace que algunos investigadores (Vela, et. al.,2002; Huechuán, 2001; Hedelin y Strandmark, 2001; Oddone, 2001) consideren el sexo como una variable que afecta el nivel de satisfacción con la vejez.

Huechuán (2001) habla de un proceso de feminización del envejecimiento en el cual señala que los problemas de la vejez son en su mayoría de las mujeres, al haber una supervivencia de las mujeres por sobre los hombres. Así, los años de más para las mujeres en muchos casos no significan una ventaja sino más bien pueden caracterizarse por enfermedad, pobreza, dependencia, soledad e institucionalización. “Por eso, cuando se habla de calidad de vida más que su cantidad, los hombres tienen la ventaja: mantienen su salud por más tiempo, y así sus años de expectativa de vida e independencia activos son mayores.” Huechuán (2001, p. 4)

Hedelin y Strandmark (2001) estudian las diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la depresión. Encontraron que la gente mayor de 65 años de edad, especialmente las mujeres, tienden a ser más vulnerables a la depresión. Entre los factores explicativos posibles de este fenómeno, se mencionan factores biológicos, psicológicos y sociales, donde las mujeres son vistas como vulnerables, pasivas y dependientes.

La depresión se incrementa debido a la sensibilidad, vulnerabilidad, enajenación, miedo, culpa, desesperación, vitalidad disminuida y dolor físico, dando como consecuencia sentimientos de inferioridad, inseguridad y pérdida de amor propio e insatisfacción con la vida. (Hedelin y Strandmark, 2001).

Por otro lado, el papel social otorgado a las mujeres como cuidadoras de otras personas, entre ellas su pareja cuando esta es adulta mayor o se encuentra enferma. Son situaciones que enfrenta a las mujeres con la pérdida de un ser querido, y que significan un desgaste físico y emocional por tener que cuidar de una persona enferma.

Contrariamente, Barrenechea et. al (2000), encontró un menor nivel de satisfacción en los hombres, lo cual explica debido a que estos sufren en mayor medida el proceso de jubilación, mientras las mujeres siguen sintiéndose activas, al dedicarse a tareas hogareñas.

Cabe destacar que estudios (Grundy y Bowling,1999) no han encontrado una relación significativa entre satisfacción y sexo, por lo que se señala la necesidad de

estudiar esto más en otras investigaciones, para determinar las diferencias de género en la salud, inhabilidad y satisfacción.

2.3.2. Edad:

Existen diversas maneras de determinar que una persona es adulta mayor, ya sea basado en una edad cronológica, biológica y social. En nuestro país, legalmente se estipula que una persona es adulta mayor a partir de los 65 años de edad.

Sin embargo, “en la actualidad cada vez se tiende más a determinar la edad de una persona por sus habilidades intelectuales y sociales y no por los años transcurridos desde su nacimiento. La salud, y no tanto los años, es lo que determina la categoría o la posición de una persona” (Diehl y Ludington, p. 35, 1999).

Las investigaciones han recalado que conforme avanzan los años las capacidades físicas y funcionales, disminuyen, así como aumentan el número de enfermedades, por lo que las personas adultas mayores tienden a necesitar ayuda para realizar ciertas tareas cotidianas. De manera que se hacen más dependientes conforme avanza la edad. Lo cual ha hecho que se considere la edad cronológica como un factor que determina la satisfacción con la vejez.

Oddone (2001) encontró que las personas entre 60 a 75 años, son más activos e independientes que los de mayor edad. Chang, et. al. (2003) hallaron que a mayor edad las personas adultas mayores son más dependientes y se sienten más vulnerables, no obstante recalca que es importante no asumir que todos los adultos mayores siguen

este patrón, pues se pueden encontrar personas de edades muy avanzadas, muy activas, independientes y satisfechas.

Smith, et. al. (2004); Chou y Chi (1999), encontraron una relación significativa entre el nivel de satisfacción y la edad. De manera que a mayor edad, menor satisfacción y a menor edad, mayor satisfacción. Asimismo, la edad se relaciona con otras variables que afectan el nivel de satisfacción como la ayuda recibida, el estado de salud (Smith, et. al., 2004; Chou y Chi, 1999), la soledad y pobreza (Smith, et. al., 2004), lo cual puede incidir en que la edad al asociarse con estos factores sea vista como un aspecto determinante de la satisfacción en la vejez.

Kozma, et. al. (s.f.) correlacionaron la edad con el bienestar o satisfacción de las personas adultas mayores, encontrando que la edad explica muy poco la variedad del bienestar cuando existen múltiples predictores.

2.3.3. Estado Civil:

En algunas investigaciones (Oddone, 2001; Jamjan y Jerayingmongkol, 2002; Smith, et. al., 2004) se ha estudiado la relación entre el nivel de satisfacción en la vejez y el estado civil de la persona adulta mayor, considerando que puede haber una diferencia entre las personas viudas con el resto de sujetos en cuanto al nivel de satisfacción. De manera que los sujetos viudos son los que se encuentran menos satisfechos, mientras que las personas casadas o en unión libre y las solteras se encuentran más satisfechas, esto por contar las dos primeras con una fuente de apoyo o

compañía y las personas solteras han aprendido a vivir solos, lo que puede afectar la satisfacción en la vejez.

La viudez trae consigo un cambio en el estilo de vida, además enfrenta a la persona al sufrimiento que conlleva la pérdida de un ser querido y enfrenta a las personas mayores con la posibilidad de la propia muerte, esto puede afectar el estado de ánimo, causar depresión o un duelo profundo y por ende afectar la satisfacción en la vejez.

Jamjan y Jerayingmongkol (2002) descubrieron que las viudas presentan niveles más bajos del bienestar psicológico que individuos casados, lo cual pueden indicar que en la vejez la adaptación a la viudez es más difícil.

2.3.4. Recursos Económicos:

En la actualidad, vivimos en una sociedad capitalista, donde el dinero es fundamental para acceder a bienes y servicios necesarios, alimentación, vestido, vivienda, salud, recreación. Al llegar a la vejez, muchos adultos mayores consideran que los recursos económicos son fundamentales para satisfacer sus necesidades básicas.

Es importante tener en cuenta que el llegar a la vejez, trae consigo una serie de situaciones que pueden afectar el estado financiero del adulto mayor o hacer que el aspecto financiero sea de preocupación para este, tal como el pensionarse o dejar de

trabajar y por ende recibir menos ingresos, asimismo, pueden aumentar los gastos al necesitar medicamentos u otras necesidades.

Algunas investigaciones, (Sörensen y Pinguart, 2001; Oddone, 2001; Beckett, Goldman, Weinstein, Lin y Chuang, 2002; Kwee Ho, et. al., 2003; Strydom, 2005; Smith, et. al., 2004) han considerado el factor económico como determinante del nivel de satisfacción en la vejez.

De manera que problemas financieros y menos ingresos hace que las personas se sientan menos satisfechas, además los recursos económicos se asocian con otras variables tales como salud (Beckett, et. al. 2002), participación y acceso a actividades de la comunidad (Kwee Ho, et. al., 2003), calidad de vida (Smith, et. al., 2004; Strydom, 2005).

Oddone (2001) observó una relación entre nivel socioeconómico bajo y nivel educativo bajo, también una diferencia por género, donde las mujeres son quienes reciben menores ingresos económicos, recibiendo estas sus ingresos de pensiones, familiares, mientras los hombres reciben sus ingresos de jubilación, trabajo e inversiones. “Esta distribución se corresponde con los roles tradicionales asignados socialmente a cada género” (Oddone, 2001, 21).

2.3.5. Salud:

La Organización Mundial de la Salud define salud: más que como la mera ausencia de enfermedad, toma en cuenta el bienestar psico-social de los individuos. Por lo que al estudiar la salud se debe tomar en cuenta no solamente el estado funcional de los pacientes, sino también la alegría subjetiva y papeles sociales activos. (Kitamura, et. al., 2002)

Bowling, et. al. (1991), Kwee Ho, et. al. (2003), Smith, et. al. (2004) encontraron que el estado de salud es uno de los más poderosos predictores de la satisfacción con la vida.

Por otra parte, la valoración propia que los sujetos adultos mayores hagan de su estado de salud, se correlaciona altamente con la satisfacción en la vejez. Los senescentes que califican su estado de salud como bueno, tienden a considerar que se encuentran satisfechos. Se ha observado que los adultos mayores a pesar de padecer de alguna enfermedad, califican su salud como buena, esto es así siempre y cuando dicha enfermedad(es) no imponga limitaciones funcionales (Sörensen y Pinquart, 2001; Beckett, et. al. 2002).

Una enfermedad puede reducir nuestra movilidad y por lo tanto, las fuentes de gratificación, o nuestra autonomía, y también dependiendo de la gravedad, alteraciones emocionales. (Fernández-Ballesteros, 2002, p.72)

Para Sánchez, et. al. (2002) y Nué (2001) la salud de las personas mayores más que por padecimiento de enfermedades, es medida en términos de autonomía personal

o capacidad para funcionar de forma independiente en las interacciones básicas con el medio.

Según Kalish (1991) las personas adultas mayores a pesar de tener problemas de salud, califican ésta como buena por diversas razones: los decrementos a menudo tienen lugar muy gradualmente, permitiendo adaptarse a los cambios; otras personas de su misma edad, también muestran los mismos problemas de salud; las personas mayores se ajustan a los problemas crónicos y continuos para vivir más agradablemente; los adultos mayores pueden pensar que estos decrementos y pérdidas son sólo un aspecto de la vida y se mantienen satisfechos en otros; y las pérdidas funcionales son previsibles, por lo que pueden prepararse previamente para ellas.

Peters y Rogers (1997); Schneider, Driesch, Kruse, Wachter, Nehen y Heuft (2004); Strydom (2005) al estudiar el estado de salud de los adultos mayores se encontraron una diferencia entre el estado de salud objetivo (número de padecimientos) y el subjetivo, calificando generalmente la salud de buena a pesar del padecimiento de enfermedades. La salud subjetiva es un mejor predictor de la satisfacción que la salud objetiva.

El cómo pensamos sobre nuestras capacidades y nuestras limitaciones, tanto personales como físicas. Si nuestra tendencia es a sobre valorar las dificultades, déficit o problemas de salud sin valorar las capacidades o posibilidades, la suma global (percepción de sí mismo) hace que uno se sienta insatisfecho. (Fernández-Ballesteros, 2002, p.93)

A su vez, se ha encontrado que la salud de las personas adultas mayores se relaciona con otras variables tales como: contactos sociales; participación en actividades sociales; la ausencia de hijos(as) vivos y estado socioeconómico (Peters y Rogers, 1997; Nué, 2001; Beckett, et. al., 2002).

2.3.6. Sistema Familiar:

De acuerdo con diversas investigaciones (Oddone, 2001; Kwee Ho, et. al., 2003; Strydom, 2005) la familia (tener contacto con la familia, sentirse querido y apreciado por la misma y el contar con su ayuda y apoyo) se relaciona significativamente con el nivel de satisfacción en la vejez.

Según Kwee Ho, et. al. (2003) la familia y el apoyo brindado por esta, es una de las principales fuentes de satisfacción para los y las sujetos adultos mayores, fundamentalmente cuando el(a) geronte se hace funcionalmente dependiente. Phillips, et. al. (2000), agregan que los hijos(as) y la familia cercana son la principal fuente de apoyo, siendo los vecinos(as) y amigos(as) proveedores de ayuda en menor medida, esto debido a que el adulto(a) mayor siente más confianza de recurrir a su familia y esta en algún grado siente obligación de atender a los padres.

Entre los principales tipos de apoyos brindados por la familia se encuentran:

- ∞ Aporte económico (Phillips, et. al., 2000; Oddone, 2001; Sörensen y Pinquart, 2001; Li, et. al., 2005)

- ∞ Vivir con la familia (hijos/as, nietos/as, etc) (Oddone, 2001)
- ∞ Tareas domésticas (Phillips, et. al., 2000; Li, et. al., 2005)
- ∞ Transporte
- ∞ Confidente, soporte emocional, compañía (Phillips, et. al., 2000; Oddone, 2001; Li, et. al., 2005).

Según las investigaciones, la ayuda brindada depende de diversas condiciones tales como el sexo y la pérdida de la pareja del adulto(a) mayor (Jamjan y Jerayingmongkol, 2002). De tal manera, al hombre se le brinda mayor contención afectiva en el momento que queda viudo (Phillips, et. al., 2000; Li, et. al., 2005) y se le ayuda más con los quehaceres domésticos (Li, et. al., 2005); mientras que las mujeres, principalmente cuando enviudan, requieren más ayuda social (Oddone, 2001; Sörensen y Pinquart, 2001) y financiera (Sörensen y Pinquart, 2001; Li, et. al., 2005) por parte de sus familiares.

Oddone (2001) y Li, et. al. (2005), también encontraron que uno de los soportes principales que ayudan a la satisfacción de la persona adulta mayor en la vejez y con su familia, es la contención afectiva brindada por esta. Dicha contención afectiva es demostrada al tener en cuenta las opiniones del adulto(a) mayor, participarlo de las decisiones familiares, respetar sus gustos y deseos, interesarse por sus necesidades, comprender sus problemas (Oddone, 2001), escucharlo, mostrarle respeto y consideración (Li, et. al., 2005) y demostrándole preocupación por su salud (Oddone, 2001; Li, et. al., 2005).

No obstante, cuando el y la sujeto adulto mayor siente que su familia lo sobreprotege y por esta razón le imposibilita la realización de actividades, los niveles de aceptación de apoyo y ayuda por parte de familiares bajan sensiblemente, debido a que el geronte se siente menos útil y tratado como un niño(a). (Oddone, 2001; Sánchez, Montorio, Izal Fernández de Trocóniz y Losada 2002).

2.3.7. Redes Sociales:

El ser humano es un ser social, y necesita de contactos con otras personas a lo largo de toda su vida. Aleixandre (2004) señala que con la vejez se presentan pérdidas de contactos sociales tales como la independencia de los hijos(as), la jubilación, pérdida de la pareja y amigos(as), pérdidas físicas (sordera, ceguera, incapacidades físicas) que hacen que el adulto(a) mayor se aíse, y tenga una red social más reducida y con menores contactos y apoyo, lo que puede incidir en su nivel de satisfacción en la vejez.

Cuando se alcanza mucha edad, algunos amigos, tal vez nuestra pareja, han muerto, y con la jubilación perdemos a nuestros compañeros de trabajo. Todo ello hace que algunas personas se retraigan socialmente y se conviertan en seres pasivos... ello, sin lugar a dudas, es una de las fuentes de insatisfacción más importantes en la vejez y es el desencadenante de la soledad. (Fernández-Ballesteros, 2002, p.50)

La red social se encuentra conformada por el número de personas con las cuales se tiene contacto social, y la percepción de estima por parte de esa red, la cual puede estar formada por amigos(as), vecinos(as), familiares u otras personas significativas para la persona adulta mayor.

La mayoría de los investigadores (Kwee Ho, et. al., 2003; Shu-Chuan, Yeh y Liu, 2003; Smith, et. al., 2004; Li, Liang, Toler y Gu, 2005; Türküm, 2005, Beckett, et. al., 2002) ha encontrado una relación importante entre el nivel de satisfacción en la vejez y las redes sociales.

Kwee Ho, et. al. (2003) consideran que cuando el y la sujeto adulto mayor no está con su familia, los amigos(as) se convierten en una fuente de apoyo, por la cercanía con estos, siendo la relación con los amigos una red social muy importante; más allá que la familia a la hora de determinar la satisfacción. Por su parte, Smith, et. al. (2004), destaca la importancia de los vecinos como fuente de ayuda a la que se puede recurrir de manera inmediata.

Phillips, Bernard, Phillipson y Ogg (2000) concluyen que mientras la familia inmediata continúe siendo importante en la vida de los y las adultos mayores y se ocupen de las necesidades de senescente, los amigos pueden ser un complemento o alternativa de apoyo.

Shu-Chuan, et. al., (2003) y Türküm (2005) encontraron una relación entre redes sociales, participación, comunicación, intercambios interpersonales y ayuda social con el riesgo de padecer algún problema de salud. Así, quienes no tenían

ningún lazo social presentan más problemas de salud que aquellos con bastantes contactos con otras personas.

Un hallazgo importante de esta investigación es más que el número de contactos sociales, interesa la percepción del individuo de si se siente solo o no, individuos con pocos contactos pueden no sentirse solos, mientras que otros con muchos contactos pueden sentir soledad. Ese sentimiento de soledad es un factor que puede afectar la satisfacción en la vejez.

Jamjan y Jerayingmongkol (2002) encontraron que conforme aumenta la edad, se reduce el número de contactos sociales, lo que a su vez se presentaba de mayor forma entre los hombres.

Phillips, et. al. (2000); Zahava y Bowling (2004) encontraron que para las personas adultas mayores su principal fuente de apoyo está constituida por la pareja, hijos(as), y amigos(as) o vecinos(as). Además encontraron que las redes son pequeñas, en promedio nueve o menos personas.

Bowling, et. al. (1991) estudiaron la contribución de las redes y apoyo social en la percepción subjetiva del bienestar, obteniendo resultados no consistentes, por lo que

sugieren realizar más estudios para determinar la importancia de la red social en la satisfacción de las personas adultas mayores.

2.3.8. Actividades:

Maddox (1973) expuso la teoría de la actividad, sostuvo que los viejos deben permanecer activos tanto tiempo como les sea posible, y que cuando ciertas actividades ya no son posibles deben buscarse sustitutos para ellas. La personalidad previa del viejo debe servir como llave para comprender las reacciones a los cambios biológicos y sociales que se producen con la edad.
(Salvareza, s.f., p. 19)

Igualmente, Inga y Vara (2002) sostienen que los(as) gerontes que envejecen con más éxito son los que mantienen los intereses y actividades que los motivaban durante la edad adulta y que se niegan a disminuir la cantidad y el nivel de interacción social. Sin embargo, apuntan que, la actividad por sí sola no garantiza la felicidad y que no todos los ancianos(as) necesitan una vida llena de actividades e interacción social para llegar a ser felices; como en todas las etapas de la vida, existen algunas personas que se sienten tan satisfechas de llevar una existencia relativamente pasiva y solitaria como las que tienen una vida llena de actividad y relaciones sociales. Nué (2001) agrega que “cada anciano es diferente, pueden haber diferentes niveles óptimos de actividad para cada uno, lo que podría significar la disminución en la cantidad o tipo de actividad que están acostumbrados a realizar”. (Nué, 2001, p. 2)

Según Nué (2001) el que las personas en la etapa de la vejez se perciban así mismas como sujetos activos y productivos, que puedan realizar trabajos de diversa índole, hace que se sientan útiles e independientes, y que la experiencia de la ancianidad se viva bien. Por otra parte, la falta de actividad trae consecuencias negativas en el bienestar personal.

La reducción en la realización de actividades, ya sea impuesta socialmente como la jubilación o los estereotipos que estipulan que las personas adultas mayores no pueden realizar ejercicio físico u otras actividades; o bien por limitaciones físicas propias del proceso de envejecimiento o el padecimiento de enfermedades, tienen una relación directa con el nivel de satisfacción en la vejez (Huechuán, 2001; Vela, et. al., 2002).

Jamjan y Jerayingmongkol (2002) encontraron que se presenta una disminución de la actividad conforme avanza la edad, de tal manera la población de adultos mayores entre 65 -75 años son más activos que aquellos mayores de esta edad, quienes presentan un grado de dependencia más marcado.

Lo anterior acarrea que con la disminución de actividades, la satisfacción con la vejez disminuya por cuanto el:

darse cuenta de que no se puede realizar algunas tareas puede ser causa de depresiones, especialmente desde el momento en que esto coincide con otras pérdidas, tal como la muerte de amigos o el reconocimiento de que cualquier

otra promoción va a ser probablemente imposible. La demanda más importante hecha sobre la vejez es que sea capaz de realizar actividades sustitutivas y que se mantenga un alto sentido de satisfacción en la vida. (Kalish, 1991, p. 56-57).

La promoción de la actividad física ha sido de gran importancia para diversas investigaciones, debido a que se ha considerado que el mantenerse activo durante la vejez trae una serie de beneficios físicos, psicológicos y sociales. Los cuales se resaltan a continuación:

- ∞ Físicos: mantenerse sano, sentirse más fuerte (Strydom, 2005), mejora la apariencia física, previene enfermedades, promueve una vida más sana, reduce la declinación gradual del funcionamiento fisiológico (Overdorf, 2005), retrasa problemas motores (Muse, 2005).
- ∞ Psicológicos: bienestar personal (Nué, 2001; Kluge, 2002; Overdorf, 2005), disfrute (Overdorf, 2005), relajación, disminución de la ansiedad y el estrés, y mejora el estado anímico, mejora el funcionamiento cognoscitivo, brinda empoderamiento (Muse, 2005), reduce la depresión (Muse, 2005; Overdorf, 2005), aumenta la independencia (Kluge, 2002), el sentirse productivo y la autoestima (Kluge, 2002; Overdorf, 2005).
- ∞ Sociales: valoración social (Nué, 2001), recreación (Overdorf, 2005), participación y sentido de pertenencia a un grupo, participación activa y contribución creciente a la sociedad, nuevas amistades, redes sociales y culturales crecientes (Muse, 2005).

2.3.9. Independencia y autonomía:

Para Grundy y Bowling (1999) la pérdida de la independencia, es una preocupación central en los y las adultos mayores, y este énfasis apoya la construcción

psicológica del control sobre su vida como central en el envejecimiento acertado y de la calidad de vida.

Con el transcurso del tiempo, algunos sujetos(as) adultos mayores por motivos físicos, sociales y económicos pierden autonomía e independencia, lo que los hace depender de sus familias, amigos u otras personas, esto puede repercutir en el nivel de satisfacción en la etapa de la vejez, debido a que “el hecho de que una persona se sienta capaz de controlar, decidir y organizar sus redes de apoyo social dentro y fuera de la familia, en el trabajo y el esparcimiento, promueven seguridad, protección y percepción de mayor bienestar”. (Vela, et. al., 2002, p. 46)

El sentirse independiente es importante para las personas, los adultos(as) mayores utilizan estrategias para conservar un sentido de autonomía e independencia en sus vidas, según Dunér y Nordström (2005), el geronte tiene la capacidad de adaptarse a las diversas situaciones, busca tener acceso a redes informales y formales de ayuda (familia, amigos y recursos comunitarios), tomando decisiones sobre su situación y la ayuda recibida. Tratar de hacer frente a las limitaciones que trae el envejecimiento y mantener el control y la autonomía en la medida de las posibilidades, conlleva a vivir una vejez más satisfactoria.

2.3.10. Estereotipos sociales en torno a la vejez:

Un estereotipo es una generalización acientífica de la realidad, la cual “mantiene errores de conocimiento que atribuye rasgos deformados y aun falsos a todas las personas mayores de edad”. (Bonilla, 1995, p. 98).

Salvareza (s.f) explica que el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminación que se aplican a los adultos mayores simplemente en función de su edad se denomina “viejismo”, y que sus consecuencias se comparan a los prejuicios contra las personas por su color, raza o religión. De acuerdo con el autor la diferencia consiste en que las personas adultas mayores adquieren esta condición social a partir de cierta edad.

La vejez está llena de falsas creencias y contradicciones, de ahí que el “proceso de senectud se transforme en una sucesión de profecías de auto cumplimiento que condicionan y determinan a los adultos mayores, hasta convertirlos en víctimas de ideas preconcebidas acerca de cómo deberían de responder ante estímulos generales.” (Vidal, 2003, p. 8). Igualmente, Hidalgo (1998) expresa que en la etapa del envejecimiento, la mayoría de las personas van a definir su identidad basados no en información científica, sino a partir de los estereotipos culturales.

Según Bonilla (1995) la población adulta mayor, muchas veces introyecta esta visión negativa y llega a creerla, de tal modo que el estereotipo se convierte en una profecía auto cumplida socialmente. “Una serie de investigaciones demuestra que es la actitud predominante de los demás y no los propios deseos o la pérdida de facultades,

aquello que obliga con frecuencia a adoptar un comportamiento ‘adecuado a la edad’’.
(Lehr, 1980, p. 283)

La persona mayor de 60 años utiliza papeles sociales como modelos de referencia para interpretar su experiencia individual y protagoniza con frecuencia los “achagues” de la vejez en base a expectativas sociales, más que a sus propias vivencias inherentes (Hidalgo, 1998, p.35).

Pinquart (2001) agrega que la percepción de sí mismo que tiene el individuo es influenciada por lo que piensan otros de él o ella, cómo lo tratan, y por las normas sociales, los estereotipos explícitos e implícitos son otro factor que afecta la autopercepción de la persona adulta mayor.

Para Fernández-Ballesteros (2002) los prejuicios, estereotipos, mitos y miedos; generan limitaciones a las personas, obstruyéndoles el goce de una calidad de vida satisfactoria. Estas ideas difundidas socialmente, minimizan las capacidades y habilidades de las personas adultas mayores, incidiendo en la imagen de sí mismos, y en su nivel de satisfacción vital durante la vejez. Estos mitos y estereotipos dificultan aún más la posibilidad de que estas personas tengan una vida digna y plena.

Yuste (2004) clasifica los estereotipos en dos grandes grupos: negativos y positivos. Los negativos recalcan el deterioro en cuanto a los aspectos físicos, intelectuales y de personalidad de las personas adultas mayores. Los positivos, hacen alusión a una visión idealizada de la vejez y de las personas adultas mayores

(complacientes, bonachones, sonrientes, generosas, tienen todo el tiempo libre, sin preocupaciones, atentos a escuchar, etc.).

En el imaginario social los estereotipos negativos son los más comunes y refieren la dependencia, la incapacidad, la improductividad, el deterioro y la atrofia (física y mental) como condición indiscutible de la edad. Características que a su vez sustentan y reafirman los conceptos viejismo e infantilismo. En contraposición, los estereotipos positivos, enaltecen la sabiduría, la ternura, la bondad, pero en realidad son sólo la necesidad de contrarrestar la imagen negativa. Unos y otros contribuyen a que la vejez deje de ser una etapa de vida y se convierta en un problema biológico, psicológico, social y económico, es decir, una carga desde todo punto de vista. (Márquez, 2004, p. 4)

Según Vidal (2003) entre los estereotipos más extendidos en el ambiente, son aquellos de carácter negativo, donde se cree que la vejez es, de manera ineludible una edad de deterioro, incapacidad, dependencia e infelicidad. A estos, se agregan la visión del adulto(a) mayor como seres enfermos, inútiles, amargados y pasivos (Hernández, 1999); aislados de la vida social, tercios y cascarrabias. (Sánchez, 1990)

Kovaleva (2002), encuentra que los estereotipos difundidos entre las personas adultas mayores son: que no son capaces de estudiar, ni aprender, deben cuidar a los nietos, no pueden tener trabajos, son seniles e inútiles, no tienen vida sexual y sus necesidades disminuyen.

Pinquart (2001) encontró que las personas adultas mayores se ven afectadas por los estereotipos de la vejez, y para evadir el daño causado por estos utilizan las siguientes estrategias:

- ∞ Algunos adultos(as) mayores rechazan la información estereotipada de la vejez y de esta manera protegen su autoimagen contra la deterioración.
- ∞ La mayoría de los y las adultos mayores, utilizan los estereotipos negativos como punto de referencia para compararse con otros senescentes, rechazando la información negativa para sí, pero sí aplicable a otros.

Moñivas (1998), por su parte, señala que si bien en la vejez hay pérdidas en el funcionamiento físico y la salud, estas pérdidas no son de la magnitud sugerida por los estereotipos sobre esta etapa. En síntesis, Arias, Bonilla, López y Ruiz (1995) conciben que el sujeto se encuentra influenciado por su ambiente y por ende su nivel de satisfacción con la vejez también.

Según Yuste (2004) si las percepciones y las conceptualizaciones sociales mantienen una visión negativa no fundada en el envejecimiento, va a ser difícil mantener una vejez saludable, ni aunque se implantaran medidas sociales compensatorias, y ello por cuanto tales concepciones no sólo son mantenidas por la población en general, sino que aparecen en los sujetos(as) adultos mayores y más aún, en los profesionales que se dedican a la atención de la población mayor. Lo que implica la necesidad de trabajar para cambiar las nociones falsas de la ancianidad.

II.3.11. Discriminación hacia las personas adultas mayores:

Allport (1954) define que una persona es discriminada cuando se le niega un trato justo por el simple hecho de pertenecer a una categoría social determinada. El conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones aplicados a las personas en función de su edad, se denomina “viejismo”.

Los estereotipos, prejuicios y discriminaciones hacia las personas adultas mayores, son adquiridos por las personas durante el transcurso de la vida, lo que conlleva a su repetición y conservación en toda la sociedad, legitimando la exclusión y la discriminación.

Para Brown y Gaertner (2003) la auto percepción y el nivel de satisfacción personal, depende de las atribuciones (positivas o negativas) que otorga el status quo al grupo de pertenencia, y la legitimación de estas creencias. Si partimos del supuesto de que la discriminación es un instrumento de legitimación de la exclusión y de la otorgación de atributos negativos a cierto grupo social, las personas víctimas de discriminación probablemente se vean afectadas negativamente en su nivel de satisfacción por tal situación. “Las discrepancias negativas en estos procesos de comparación social resultan en identidades sociales insatisfactorias”. (Smith, en prensa, p. 12)

La internalización del prejuicio o la adopción de los valores de los grupos privilegiados y la pertenencia a grupos estigmatizados, puede tener como consecuencia la insatisfacción personal, el rechazo al sí mismo y el desajuste psicológico (Allport, 1954; Clark & Clark, 1939; Erikson, 1973; Horowitz, 1939; Lewin, 1952). Además, la

percepción de la discriminación puede afectar negativamente la calidad de vida de quienes son víctimas de ello (Clark, Anderson, Clark, & Williams, 1999; Schmitt, Branscombe, Postmes, 2003).

Otras consecuencias derivadas de esta percepción de víctima de discriminación (Pochtar y Pszemirower 2002) son: sentimiento de desvalimiento e indignidad; descenso de la autoestima; depresión; falta de interés por el arreglo personal, el alimentarse balanceadamente y el mantener una vida social activa; sensación de rechazo, de inutilidad; aislamiento y marginación social.

Pochtar y Pszemirower (2002), concuerdan en que un porcentaje significativo de la población mayor está expuesto a la violación de sus derechos (abuso físico, psíquico, económico, etc.) por acción u omisión. Además, existe la idea de que la gente deja de ser persona en virtud de tener un número determinado de años, se utiliza la edad para definir capacidad y roles. Este proceso de discriminación contra la gente mayor se expresa también en un trato diferencial.

Por su parte, Sánchez, et. al. (2002) y Márquez (2004) encontraron que otras formas de discriminación hacia las personas adultas mayores son: una imagen negativa y estereotipada de los y las adultos mayores, y, actitudes y conductas

paternalistas o de sobreprotección en el cuidado de esta población, que conlleva a una disminución de la capacidad y un incremento de la dependencia a través de dos procesos paralelos e interdependientes: la falta de práctica y la pérdida de hábitos, por una parte, y la percepción de que los demás le consideran inútil, por la otra.

Para el presente estudio se consideraron las siguientes condiciones de vida de las personas adultas mayores como factores posiblemente relacionados con nivel de satisfacción (alto y bajo). Tomándose como variables de medición el nivel de satisfacción y las siguientes condiciones de vida: sexo, edad, recursos económicos, redes de apoyo (sistema familiar, amigos, vecinos y grupos), salud/enfermedad, grado de participación activa, incorporación de estereotipos sociales sobre la vejez en las personas mayores de 65 años y percepción de la discriminación.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Los avances sociales, médicos, económicos, psicológicos, etc. han dado como resultado un ascenso en la cantidad de personas que llegan a la etapa de la vejez, al aumentar la esperanza de vida y disminuir la mortalidad y la fecundidad. Se crea en todos los ámbitos un reto en busca de soluciones que permitan alcanzar la meta establecida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (1998) de lograr calidad de vida para las personas adultas mayores, lo cual incluye el reducir la desigualdad y discriminación hacia la población adulta mayor.

Por tanto, se hace importante tomar en cuenta aquellos factores y condiciones de vida, que puedan contribuir a que los individuos adultos mayores vivan esa etapa de forma satisfactoria. Con el fin de dar un incentivo y tomar las medidas pertinentes para mejorar la calidad de vida de esta población.

El presente proyecto pretendió contribuir a las instituciones, organismos y programas dirigidos a las personas adultas mayores para brindar una atención más integral, donde se desarrollen actividades que fortalezcan los factores relacionados con el nivel de satisfacción en la vejez. Al ayudar a mejorar el nivel de satisfacción y por ende de calidad de vida de las personas adultas mayores, se pueden dirigir los esfuerzos y recursos necesarios para ello.

Actualmente, el desarrollar proyectos dirigidos a la población adulta mayor es una prioridad en el país. Dichos proyectos deben de realizarse posteriormente a un diagnóstico, donde se evalúen las necesidades y servicios con los que cuenta la población. Para que los esfuerzos invertidos en los programas lleguen a la población que más lo necesita y de la forma que se requiere. El presente estudio, forma parte de un diagnóstico sobre el estado de la población adulta mayor, su nivel de satisfacción y condiciones de vida. Además, la investigación sirve de estímulo para otras comunidades e investigadores interesados en realizar diagnósticos en diversos lugares del país.

El problema de investigación fue:

¿Cuál es la relación entre las condiciones de vida de las personas mayores de 65 años y su nivel de satisfacción en la vejez?

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis General

Hi: El sexo, edad, el recibir ingresos económicos suficientes, la percepción de la salud, el apoyo por parte del sistema familiar y redes sociales, la incorporación de estereotipos y la percepción de la discriminación; determinan el nivel de satisfacción en la vejez, por parte de las personas adultas mayores.

Hipótesis Nula

Ho: El sexo, edad, el recibir ingresos económicos suficientes, la percepción de la salud, el apoyo por parte del sistema familiar y redes sociales, la incorporación de estereotipos y la percepción de la discriminación; no determinan el nivel de satisfacción en la vejez, por parte de las personas adultas mayores.

Hipótesis específicas

Hi: Las mujeres presentan un nivel de satisfacción en la vejez mayor que los hombres.

Hi: Hay una diferencia en el nivel de satisfacción en la vejez en las personas con edades entre los 65 y 69, los 70 y 74, los 75 y 79, y 80 o más.

Hi: Las personas adultas mayores que reciben ingresos económicos y consideran que estos satisfacen sus necesidades básicas, tienen un mayor nivel de satisfacción en la vejez.

Hi: A mayor satisfacción del estado de salud y menos enfermedades crónicas, mayor nivel de satisfacción en la vejez.

Hi: Las personas adultas mayores que viven solas, no reciben ningún tipo de apoyo por parte de sus familias, no reciben besos, caricias, respeto, consideración y escucha por parte de sus familiares y personas importantes; tienen un menor nivel de satisfacción en la vejez.

Hi: Las personas adultas mayores que tienen mayor número de amigos, se sienten apreciadas y queridas y comparten actividades con sus amigos(as); tienen un mayor nivel de satisfacción en la vejez.

Hi: A mayor independencia y realización de actividades, mayor nivel de satisfacción en la vejez.

Hi: A mayor tenencia de estereotipos sobre la vejez por parte de las personas adultas mayores, menor nivel de satisfacción.

Hi: A mayor percepción de la discriminación, menor nivel de satisfacción en la vejez.

Objetivo General

1. Establecer la relación entre las condiciones de vida de las personas mayores de 65 años y su nivel de satisfacción en la vejez.

Objetivos Específicos

- 1.1. Estimar el nivel de satisfacción en la vejez de las personas adultas mayores y su relación según sea femenino o masculino.
- 1.2. Estimar el nivel de satisfacción en la vejez de las personas adultas mayores y su relación con la edad.
- 1.3. Estimar el nivel de satisfacción en la vejez de las personas adultas mayores y su relación con el nivel socioeconómico.
- 1.4. Estimar el nivel de satisfacción en la vejez de las personas adultas mayores y su relación con nivel de salud.
- 1.5. Estimar el nivel de satisfacción en la vejez de las personas adultas mayores y su relación con redes de apoyo.
- 1.6. Estimar el nivel de satisfacción en la vejez de las personas adultas mayores y su relación con nivel de participación activa.
- 1.7. Estimar el nivel de satisfacción en la vejez de las personas adultas mayores y su relación con tenencia de estereotipos.
- 1.8. Estimar el nivel de satisfacción en la vejez de las personas adultas mayores y su relación con percepción de la discriminación.

Objetivo Externo

1. Contribuir al insumo en políticas sociales y de salud dirigidas a alcanzar una mejor calidad de vida de las personas adultas mayores.

III. METODOLOGÍA

1. Estrategia Metodológica

El presente proyecto es un estudio correlacional, el cual describe Hernández, Fernández y Baptista (1998) “tiene como propósito medir el nivel de relación que existe entre dos o más conceptos o variables” (p.62). El propósito del mismo fue identificar la relación existente entre: sexo, edad, redes de apoyo (sistema familiar y amistades), nivel de participación activa, nivel de salud, incorporación de estereotipos sobre la vejez, percepción de la discriminación y el nivel de satisfacción con la vejez de las personas mayores de 65 años inscritas en el EBAIS de Vargas Araya.

Como variables independientes se contemplaron el género, edad, redes de apoyo (sistema familiar y amistades), nivel de participación activa, nivel de salud, tenencia de estereotipos, percepción de la discriminación. Y como única variable dependiente el nivel de satisfacción en la vejez.

Como procedimiento de recolección de datos se desarrolló una metodología cuantitativa. Se aplicó un cuestionario a una muestra por conveniencia de 101 personas, con el fin de observar la relación entre las variables independientes con la dependiente. Posteriormente, se digitaron los datos de los cuestionarios, con los que se realizó un análisis estadístico descriptivo y un análisis de regresión múltiple. Utilizando el Programa Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS-10).

2. Operacionalización de las variables

A continuación se operacionalizan las variables independientes consideradas en el estudio:

Edad: número de años cumplidos que tiene la persona, ubicándola en alguno de los siguientes intervalos de 65 a 69 años, de 70 a 74, de 75 a 79, de 80 y más. A cada intervalo se le asignó un valor numérico 1, 2, 3, 4 respectivamente.

Sexo: esta es una variable dicotómica en la cual para la presente investigación se le asignó el valor 1 si es femenino y 2 a masculino.

Recursos económicos: en el cuestionario se establecieron tres preguntas sobre este criterio, el primer ítem es de tipo dicotómico, indaga si la persona recibe o no ingresos económicos, asignando un valor de 1 a la opción No recibe y 2 a Sí recibe. El segundo ítem corresponde a la fuente de ingresos del geronte: 1 de su familia, 2 de su pensión, 3 de su trabajo actual, 4 de sus amistades, 5 de programas sociales, 6 otros; esta variable es discreta. El último aspecto pregunta si el ingreso satisface sus necesidades básicas o no: 1 No y 2 Sí, siendo una variable dicotómica.

Salud: “Salud es el estado de bienestar biológico, psicológico y social de las personas” (Fernández-Ballesteros, 2002, p. 66) esta variable indaga si la persona padece o no de alguna enfermedad crónica, de manera que el valor 1 es asignado a no padece ninguna enfermedad y 2 a sí padece, siendo una variable dicotómica. Otro ítem corresponde a una variable discreta donde se pregunta si al comparar su salud con la de otras personas de su misma edad cómo la calificaría (1 buena, 2 regular y 3 mala).

Redes de apoyo: definida por Berrenechea, et. al. (2000) como “el grupo de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda y un apoyo” (Berrenechea, et. al., 2000, p. 27). Esta variable se entendió como el sistema familiar y redes sociales (amigos, vecinos, grupos e instituciones) que con sus acciones y/o disponibilidad ayudan y apoyan al sujeto adulto mayor a sobrellevar de manera digna su vejez. Valorando la existencia del contacto mantenido, la convivencia cotidiana, la participación en actividades familiares del sujeto(a) adulto mayor y la cantidad y calidad de contactos interpersonales de la persona adulta mayor con otros(as).

Sistema Familiar: con quienes vive la persona, 1 solo, 2 compañero(a), 3 hijos(as), 4 nietos(as), 5 amigos(as) y 6 otros. Frecuencia con que recibe apoyo espiritual, económico, alimenticio, recreación, medicamentos, vestido, otros de su familia. Cada tipo de apoyo citado anteriormente fue evaluado con respecto a la frecuencia: 2 siempre, 1 a veces y 0 nunca. Frecuencia con que recibe: besos, caricias, abrazos o palabras cariñosas de familiares o personas importantes indicando si esto se da 2 siempre, 1 a veces o 0 nunca. Frecuencia con la cual familiares o personas importantes le escuchan cuando tiene problemas, preocupaciones o necesidades indicando si esto se da 2 siempre, 1 a veces o 0 nunca. Frecuencia con que considera que recibe: respeto y consideración de familiares o personas importantes indicando si esto se da 2 siempre, 1 a veces o 0 nunca. Todas estas variables son discretas.

Redes sociales: pregunta por el número de amigos(as) cercanos y vecinos(as), siendo esta una variable discreta. Además indagó si la persona siente que sus amigos(as) y vecinos(as) lo aprecian y quieren asignando 1 a No y 2 Sí, esta variable es dicotómica. Frecuencia con que realiza o comparte algún tipo de actividad (física, recreativa,

laboral) con los amigos(as) y vecinos(as): 2 siempre, 1 a veces y 0 nunca, por lo cual esta variable es discreta.

Grado de participación y realización de actividades cotidianas: es la realización o no de diversas actividades cotidianas, laborales, recreativas, educativas, deportivas, culturales. Por una parte se utilizó una escala continua relacionada con el nivel de independencia, “Escala de Dependencia Social por Incapacidad” de Inga y Vara (2002) donde tras la realización de varias preguntas se obtiene un puntaje que indica el grado de independencia-dependencia. Cada ítem pregunta sobre la frecuencia 2 siempre, 1 a veces y 0 nunca con que el sujeto: se baña y hace sus necesidades higiénicas solo, realiza tareas caseras (barrer, cargar cosas, etc.) solo y realiza sin ayuda compras y pagos fuera de casa. Por otra parte, también interesaba, como otra variable de tipo dicotómica, indagar si la persona realiza actividades laborales, recreativas, educativas, deportivas, culturales y religiosas donde 1 es No y 2 Sí.

Estereotipos de la vejez: “Los estereotipos son las percepciones sobre una persona a partir de su pertenencia a ciertos grupos o categorías sociales” (Smith, en prensa, p.3). Esta variable fue entendida como la incorporación de estereotipos sociales sobre la vejez en las personas mayores de 65 años. Además, se midió con una escala de diferencial semántico donde al contestar los ítems el sujeto obtiene un puntaje total (por lo cual la variable es continua) en la escala el cual indica el grado de incorporación de estereotipos (alto o bajo). Los ítems son parte de una escala de diferencial semántico, donde los y las participantes indican el grado (de 1 a 4) en que consideran los siguientes atributos como parte de las características de los y las gerontes (fuerte-débil, activo-pasivo, útiles-inútiles, sociable-poco sociable, saludables-enfermizos, felices-tristes, divertidos-aburridos, rápidos-lentos).

Percepción de la discriminación hacia las personas adultas mayores: “La discriminación apunta a aquellas conductas por medio de las cuales se niega la igualdad en el trato a una persona debido a su adscripción a una categoría social o étnica determinada” (Smith, en prensa, p. 7). Para el presente estudio interesó conocer si las personas adultas mayores se perciben como víctimas de discriminación por motivo de su edad. Se utilizó una adaptación propia de la escala Inventarios de Eventos de Discriminación de Landrine y Klonnoff (1997). Esta variable es de tipo discreta. Entre las preguntas realizadas se encuentran: frecuencia (0 nunca, 1 pocas veces y 2 muchas veces) con que la persona se ha sentido discriminada; se le han violentado sus derechos; ha recibido chistes bromas o insultos; se le ha impedido realizar actividades deportivas, físicas, educativas, etc. por ser adulta mayor; o ha sido tratada como un niño(a) y no como un adulto(a).

A continuación se operacionaliza la variable dependiente de la investigación:

Nivel de satisfacción: para medir esta variable se empleó la Escala de Satisfacción Filadelfia de Lawton (1972), adaptación de Montorio (1994). Donde se pregunta a los y las sujetos si a medida que se va haciendo mayor las cosas se ponen peor, si tiene tanta energía como el año pasado, se siente solo, si le molestan más ahora las cosas pequeñas que antes, si siente que conforme se hace mayor es menos útil, si se encuentra tan preocupado que no puede dormir, si siente que según se va haciendo mayor las cosas son mejor, peor o igual de lo que pensó que serían, si siente que la vida no merece la pena ser vivida, si está tan feliz como cuando era más joven, si tiene razones por las que estar triste, si tiene miedo de muchas cosas, si se siente más

irritable que antes, si la mayor parte del tiempo siente que la vida es difícil, si está satisfecho o no con su vida actual, si se toma las cosas a pecho y si se altera o disgusta fácilmente. En todos estos ítems el sujeto respondió No o Sí, donde no equivale a 1 y sí a 2. Luego de haber suministrado el cuestionario se sumaron los puntos obtenidos en la escala, obteniendo al final un puntaje numérico que indica el nivel de satisfacción. Por tanto esta variable es continua.

3. Explicación de variables descriptivas que no entran dentro del proceso correlacional

Estas variables no pretendieron ser correlacionadas en el estudio pues no fue de interés de las investigadoras, además los estudios revisados no evidencian una relación significativa entre estas variables y la satisfacción en la vejez. En la presente investigación las siguientes variables serán indagadas con el fin de caracterizar a la población en estudio.

Nivel educativo: grado académico obtenido por el o la geronte. Corresponde a: 1 ninguno, 2 primaria incompleta, 3 primaria completa, 4 secundaria incompleta, 5 secundaria completa, 6 universitaria incompleta, 7 universitaria completa, 8 técnica y 9 otra.

Estado civil: categoría civil asignada a una persona de la siguiente forma: 1 soltero(a), 2 casado(a), 3 unión libre, 4 divorciado(a), 5 viudo(a).

Tipo de padecimiento(s) o enfermedad(es) crónica que presenta la persona adulta mayor. Se preguntó por el tipo de padecimiento y se anotó en el cuestionario, realizando luego una lista con las enfermedades reportadas en este ítem.

Hijos/as: indaga si la persona adulta mayor tiene hijos(as) o no. Donde 1 es No y 2 es Sí.

4. Población y selección de la muestra

La población del estudio estuvo constituida por la totalidad de personas mayores de 65 años captadas por el EBAIS de la zona de Vargas Araya. Según datos proporcionados por el PAIS, ésta es de 220 sujetos aproximadamente.

Para efectos de la investigación se trabajó con una muestra por conveniencia de 101 personas (hombres y mujeres) mayores de 65 años asistentes al EBAIS de Vargas Araya y alrededores. El número de participantes y la zona geográfica fueron escogidos a conveniencia de las investigadoras, por varias razones:

Número de participantes:

- ∞ Una muestra de 100 personas es un número suficiente para identificar la situación vivida por las personas adultas mayores, en cuanto a sus condiciones de vida y nivel de satisfacción.
- ∞ Una muestra de 100 sujetos(as) permite la realización de análisis estadísticos confiables. Aporta información valiosa con respecto a las personas adultas

mayores, pero sin pretender generalizarlos a toda la población. “La distribución de muestras de 100 o más elementos tienden a ser normales y esto sirve para el propósito de hacer estadística inferencial sobre los valores de una población” (Hernández, Fernández y Baptista, 1998, p. 225).

Lugar:

- ∞ La comunidad de Vargas Araya es una zona geográfica que permite el acceso de las personas adultas mayores a diferentes grupos o actividades. Por ejemplo: las desarrolladas por la Asociación Gerontológico Costarricense (AGECO) y el Programa para las Personas Adultas Mayores de la Universidad de Costa Rica, entre otras.
- ∞ Es un cantón inscrito al convenio de la Universidad de Costa Rica con la Caja Costarricense del Seguro Social, facilitándose el acceso a la comunidad gracias a este acuerdo entre las instituciones.
- ∞ La zona cuenta con una población de distintos estratos socioeconómicos.
- ∞ El cantón de Montes de Oca cuenta con uno de los mayores porcentajes de población con más de 65 años de edad en el país (Ver Anexo).

Para la selección de los sujetos se utilizó el procedimiento conocido como *muestreo por redes o bola de nieve*. En el cual se contacta a una persona que cumpla con los criterios de inclusión desarrollados a continuación, esta persona contacta con otras personas que también cumplan con los criterios de inclusión del estudio, y a su vez, estas personas contactan con otras más, y así sucesivamente hasta completar la muestra. Ante la posibilidad de que los sujetos escogidos no pudieran contestar el

cuestionario ya fuera por razones de incapacidad, enfermedad, imposibilidad para localizarlo, o rechazo a participar en el estudio, se optó por decidir el escoger otros sujetos por el mismo procedimiento hasta completar con la cuota de individuos.

Los siguientes son los criterios de inclusión y exclusión definidos para participar en el estudio.

Los criterios de inclusión son:

- ∞ Hombres y mujeres mayores de 65 años de edad.
- ∞ Hombres y mujeres adultos(as) mayores asistentes al EBAIS de Vargas Araya y alrededores.

Los criterios de exclusión son:

- ∞ Hombres y mujeres menores de 65 años de edad.
- ∞ Personas con algún impedimento físico y/o mental que imposibilite una comunicación clara y lógica, junto con la comprensión y seguimiento de instrucciones (personas: sordas, que estén pasando en ese momento por un proceso disociativo, con discapacidad en la función del habla).
- ∞ Personas con enfermedades neuro-degenerativas.
- ∞ Personas que el consumo de fármacos les impida contestar el cuestionario.
- ∞ Personas que se encuentren hospitalizadas o internadas en alguna institución.

5. Procedimientos y técnicas de recolección de la información

Para la recolección de la información se aplicó un cuestionario administrado por entrevista personal con preguntas cerradas. Este fue validado previamente a ser aplicado a la muestra seleccionada. Se realizó una prueba piloto con un grupo de 15 personas adultas mayores, elegidas a conveniencia fuera de la muestra, con el propósito de constatar la comprensión de cada una de las preguntas e ítems y precisar si la medición responde a lo pretendido por el estudio.

Según Hernández, Fernández y Baptista (1998) el nivel de significancia o nivel alfa, “es un valor de certeza que fija el investigador a priori” (p. 371). El presente trabajo, establecerá como nivel de significancia 0.05. “El cual implica que el investigador tiene 95% de seguridad para generalizar sin equivocarse, y sólo 5% en contra” (Hernández, Fernández y Baptista, 1998, p. 371).

El cuestionario fue aplicado por medio de una entrevista personal, es decir el “entrevistador aplica el cuestionario a los respondientes (entrevistados). El entrevistador va haciendo las preguntas al respondiente y va anotando las respuestas.” (Hernández, Fernández y Baptista, 1998, p. 291). Esto tomando en cuenta que la población podía tener características (analfabetismo e impedimentos físicos) que no permitieran auto administrar el cuestionario.

El cuestionario incluyó, el encuadre correspondiente, donde se hizo saber a los y las sujetos la razón y objetivos de la investigación, y la forma en la cual se utilizaría

la información brindada. Se hizo énfasis en el anonimato y la posibilidad de no participar en el estudio si no lo desean.

El cuestionario contó con una serie de ítems. El primer apartado se enfocó a obtener información o datos generales del sujeto, que comprendían: edad, sexo el cual se clasifica en masculino o femenino. Nivel educativo el cual se definió como el grado académico alcanzado en la educación técnica y formal (ninguno, primaria completa, primaria incompleta, secundaria incompleta, secundaria completa, universitaria incompleta, universitaria completa y técnica u otra). Estado civil (soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo). Recursos económicos, entendido como la fuente de dónde recibe sus ingresos económicos y si considera que éstos son suficientes para financiar sus necesidades básicas.

El segundo apartado contempló aspectos relacionados con el nivel de salud/enfermedad. El mismo fue indagado por medio de dos ítems, el primero referente a conocer si la persona adulta mayor se le ha diagnosticado alguna enfermedad, y el segundo pretendió conocer la auto percepción del estado de salud de la persona adulta mayor.

El tercer apartado se destinó a indagar acerca del sistema familiar: si la persona adulta mayor tiene hijos(as), personas con las que vive. Tipo de apoyo recibido de familiares. Frecuencia con que recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas de miembros de su familia, frecuencia con que es escuchado por sus familiares. Si considera es respetado y tratado con consideración por parte de su familia.

En el apartado de redes sociales se pregunta acerca del número de amistades, vecinos o personas que conoce, conversa, aprecia y quiere. Si considera que sus amistades le quieren y escuchan cuando tiene algún problema, preocupación o necesidad. Si considera que recibe respeto y consideración por parte de sus amigos y vecinos. Frecuencia de contacto con amistades y frecuencia con que comparte actividades con amigos(as).

Para la confección de los apartados de sistema familiar y redes sociales, se tomó como base algunos de los ítems aportados por Inga y Vara (2002) en su cuestionario “Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años de Lima-Perú”. Específicamente la escala de “Apoyo y Refuerzo Social”, y la “Escala Relaciones Sociales y Amicales”. La primer escala presenta un valor Alfa alto de 0.7404, y la “Escala de Relaciones Sociales y Amicales” presenta un Alfa de Cronbach de 0.8290, ambos valores indican una consistencia interna óptima de las escalas.

El quinto apartado pregunta sobre el grado de autonomía-independencia del gerente. Por medio de la escala se indaga si el sujeto es capaz de: realizar actividades higiénicas solo, realizar tareas domésticas, y llevar a cabo compras y pagos fuera de la casa. Para la confección de estos ítems se tomó en consideración la “Escala de Dependencia Social por Incapacidad” de Inga y Vara (2002), la cual reporta un valor Alfa alto ($\alpha = 0.7488$), que indica una consistencia interna adecuada. Otras preguntas del mismo apartado, se dirigieron a conocer el grado de participación del sujeto en

grupos, cursos y si realiza actividades recreativas, deportivas, educacionales, religiosas, etc.

En el apartado destinado al nivel de satisfacción, se utilizó la “Escala de Satisfacción Filadelfia” de Lawton (1972), específicamente la adaptación de Montorio (1994), la cual presenta un Alfa de Cronbach de 0.81. La escala contiene ítems referentes a: si la persona adulta mayor considera que conforme pasan los años las cosas se van poniendo peor para él o ella. Si pierde energía, si se siente menos útil, más feliz, más irascible. Explora si la persona adulta mayor se siente satisfecha con su vida actual, o que la vida no merece ser vivida, si se siente solo, con miedo, entre otros.

Para la sección séptima (Estereotipos Sociales sobre la vejez) las investigadoras construyeron una escala de diferencial semántico. Los adjetivos utilizados son: fuerte-débil, activo-pasivo, rápido-lento, útil-inútil, amistoso-solitario, feliz-triste, enfermizos-saludables, entre otros.

Como último apartado se empleó una escala acerca de la percepción de la discriminación hacia las personas adultas mayores. Para su creación se adaptaron algunos ítems del Inventario de Eventos de Discriminación desarrollado originalmente por Landrine y Klonnof (1997), y se desarrollaron nuevos ítems por las investigadoras. Las autoras reportan índices de consistencia interna, Alfa de Cronbach mayor a 0.65 para todo el inventario. La escala percepción de la discriminación indaga: si la persona adulta mayor considera que su vida se ha visto afectada

negativamente por su edad; si ha recibido tratos injustos; se ha sentido discriminada; le han negado oportunidades laborales, educativas o en salud; si ha recibido insultos u ofensas por ser un(a) adulto(a) mayor.

6. Procedimientos de análisis de la información

Una vez recolectada la información de los cuestionarios se procedió a procesar electrónicamente la información utilizando el paquete estadístico SPSS 10. Para ello se efectuaron análisis descriptivos de cada una de las variables.

Posterior a la aplicación de los cuestionarios se procedió a realizar análisis del Alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de las escalas utilizadas. Esto debido a que algunas de las variables por estudiar estaban comprendidas por varios ítems en el cuestionario se procedió a realizar análisis psicométricos con el fin de determinar la pertinencia de unir los ítems y conformar una escala o índice o considerar cada pregunta como una variable independiente para ser relacionada con la satisfacción en la vejez. Las variables que se convirtieron en escalas fueron:

- ∞ Sistema Familiar: se realizó una escala llamada apoyo familiar que contempla los tipos de apoyo recibidos por parte de la familia. Además de una escala de contención afectiva, con los ítems sobre las muestras de afecto hacia el adulto mayor.
- ∞ Participación y Realización de Actividades: se construyeron dos escalas, una de autonomía e independencia que contempla la realización de actividades higiénicas,

caseras y el salir fuera de la casa solo. La otra escala suma el total de actividades realizadas por el adulto mayor.

- ∞ Estereotipos Negativos de la Vejez: los adjetivos que conformaban el diferencial semántico se unieron para conformar una escala de respaldo a los estereotipos negativos de la vejez.
- ∞ Satisfacción en la Vejez: el conjunto de los ítems referentes a medir esta variable constituyen una escala del nivel de satisfacción.

En el capítulo de Análisis de los Resultados se presenta un apartado donde se expone los resultados obtenidos en cuanto a la confiabilidad de las escalas y los valores del Alfa de Cronbach, indicando la consistencia de los índices.

Posterior a la presentación de la construcción de las escalas, se muestran los resultados obtenidos al correlacionar el nivel de satisfacción en la vejez con las variables independientes. Para determinar la contribución relativa de cada una de las condiciones de vida relacionadas con el nivel de satisfacción de la vejez, se realizaron como procedimiento estadístico inferencial el análisis de regresión múltiple.

La regresión múltiple se utiliza “cuando se busca la predicción del valor de una variable dependiente (o criterio), a partir de valores conocidos en una serie de variables independientes (o predictores)” (Cea D’ Ancona, 1999, p. 339). Esta técnica se utiliza cuando hay una variable dependiente continua, que en este caso es el nivel de satisfacción en la vejez y varias variables independientes continuas o dicotómicas como: sexo, el recibir o no ingresos económicos, satisfacción con los ingresos

económicos, padecimiento de una enfermedad crónica, auto percepción del estado de salud, apoyo familiar, contención afectiva, número de amigos(as) cercanos, si se siente apreciado(a) y querido(a) por los amigos(as) y/o vecinos(as), grado de autonomía-independencia, realización de actividades varias, tenencia de estereotipos y percepción de la discriminación.

7. Criterios de validez y confiabilidad

Para garantizar la validez y confiabilidad en la recolección e interpretación de la información se emplearon las siguientes estrategias.

Para garantizar la validez del cuestionario:

- ∞ Definición y operacionalización de cada una de las variables implicadas en el estudio.
- ∞ Realización de una prueba piloto, el cuestionario fue aplicado a un grupo de 15 personas adultas mayores elegidas a conveniencia, fuera de la muestra. Con el propósito de constatar la comprensión de cada una de las preguntas e ítems y precisar si la medición responde a lo pretendido por el estudio.
- ∞ El cuestionario fue sometido a consideración de un experto en construcción y utilización de cuestionarios. Los criterios para la selección de este experto fueron:
 1. Tener conocimientos en construcción de cuestionarios para Ciencias Sociales.
 2. Tener conocimientos académicos en el área de Estadística.

∞ El cuestionario fue sometido a consideración de expertos en psicología y gerontología. Los criterios para seleccionar a los expertos eran:

1. Tener como mínimo tres años de experiencia en el trabajo con población adulta mayor.
2. Tener conocimientos académicos en psicología y gerontología.

∞ Una vez recogidos los datos, se procedió a realizar análisis factoriales y correlaciones bivariadas entre las variables en estudio, con el fin de examinar la validez de constructo.

Para garantizar la confiabilidad del cuestionario:

- ∞ Se transcribieron textualmente las respuestas dadas por los y las participantes.
- ∞ El cuestionario contó principalmente con preguntas cerradas, lo cual evita que las entrevistadoras cambien o malinterpreten la respuesta de la persona.
- ∞ Algunas de las variables por medir fueron evaluadas en varios ítems distintos. Algunos con preguntas abiertas y otras cerradas.
- ∞ El análisis de los resultados extraídos por el instrumento se sometieron a evaluación de los expertos, en estadística, psicología y gerontología; que anteriormente ayudaron a evaluar la validez del cuestionario.
- ∞ Una vez recogidos los datos, la confiabilidad de las escalas se determinó por medio del índice de consistencia interna Alfa de Cronbach.

8. Consideraciones éticas y protección de los sujetos de investigación

Los y las sujetos de investigación fueron debidamente informados acerca del estudio, sus objetivos y metodología. A cada uno(a) se le entregó un consentimiento informado, que se firmaría por los sujetos(as) y por las investigadoras.

Dentro del consentimiento informado se enfatizó en la confidencialidad, y en el resguardo a la identidad de las personas respondientes; además de la libertad para decidir si participar o no en el estudio. Se les informó a las personas que la participación en el estudio, no involucraría ningún daño físico, psicológico o legal, esto por cuanto consistía en un cuestionario estructurado, anónimo y confidencial.

Lo anterior se hizo, ante la posibilidad de que se hubieran encontrado situaciones donde se violentaran los derechos humanos o que pusieran en peligro la vida e integridad de la persona adulta mayor u otro miembro de la familia. Como el ser víctima de agresión física, psicológica, sexual o económica. Se procedería a realizar una evaluación del riesgo en que se encuentra la persona. Si el riesgo de sufrir un serio daño físico es alto, se procedería a denunciar ante las autoridades correspondientes el o los casos. Si el riesgo de sufrir un daño físico es bajo, se orientaría a la persona en la confección de un plan de seguridad y sobre las instituciones dónde acudir a interponer una denuncia o pedir ayuda como: Defensoría de los Habitantes, Centros de Salud, Departamento de Trabajo Social del Hospital Blanco Cervantes, Tribunales de Justicia, entre otras.

IV. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para la obtención de los datos de análisis del estudio se aplicó un cuestionario a una muestra de 101 sujetos mayores de 65 años de edad, con el fin de conocer sus condiciones de vida y su nivel de satisfacción en la vejez. Como procedimiento de selección de la muestra se utilizó el método conocido como bola de nieve, contactándose primero por medio del Área de Salud de Montes de Oca a varios grupos de personas adultas mayores de los alrededores de la comunidad de Vargas Araya, asimismo las personas entrevistadas en estos grupos informaban de lugares, personas y grupos donde se podían encontrar más gerontes. Se visitó también diferentes lugares de la zona (EBAIS Vargas Araya, parques) donde se encontraban personas mayores de 65 años de edad a quienes se les aplicó el instrumento durante su visita a tales sitios.

El presente capítulo aborda el análisis estadístico de los datos obtenidos de la aplicación del cuestionario a estas personas. Los resultados serán presentados de la siguiente forma. En el primer apartado se presenta el análisis descriptivo de la muestra según su edad, sexo, nivel educativo y estado civil. Luego, se describen los niveles de confiabilidad y validez obtenidos para las escalas e índices por utilizar como variables independientes que se correlacionan con la variable dependiente nivel de satisfacción en la vejez. Posteriormente, se encuentra el apartado con los resultados de las correlaciones entre la variable dependiente y las independientes, determinando de esta manera las condiciones de vida que muestran tener influencia sobre el nivel de satisfacción de los y las personas adultas mayores.

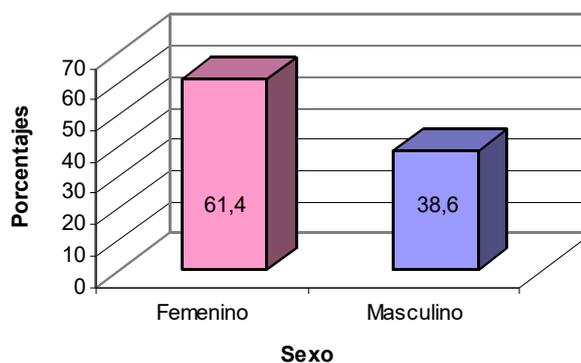
1. Descripción de la Muestra

La muestra del estudio estuvo conformada por un total de 101 sujetos, de los cuales 62 eran mujeres y 39 hombres representando el 61,4 % y el 38,6% correspondientemente.

Tabla 1: Sexo del Entrevistado/a

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	62	61,4%
Masculino	39	38,6%
Total	101	100%

Gráfico 1: Sexo del Entrevistado/a



Esta muestra refleja los porcentajes que se dan a nivel nacional, donde el número de mujeres es mayor que el de hombres. Además, según los datos del Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica (CCP-UCR, 2004), en el cantón de Montes de Oca, hay un total de 1591 hombres mayores de 65 años y 2535 mujeres mayores de 65 años. Por lo tanto, se puede afirmar que esta muestra es representativa de la población.

Otras investigaciones (OPS, 1992 y Méndez y Bonilla, 1999) también encuentran un mayor número de mujeres mayores de 65 años de edad, explicando dicha diferencia debido a que la esperanza de vida de las mujeres es mayor a la de los varones.

A nivel internacional se observa también esta tendencia en la población adulta mayor, la cual, conforme avanza la edad, sea mayor el número de mujer sobre el de los

hombres. Inga y Vara (2002) y Bowling, et. al. (1991) encontraron esta distribución en su investigación.

Para efectos del estudio se dividió la muestra en cuatro grupos etarios, los cuales se conformaron de la siguiente manera: de 65 a 70 años de edad se ubicó un 44.6% de la muestra, donde 31 sujetos eran mujeres y 14 hombres. Un segundo grupo corresponde a las personas con edades entre los 71 y 75 años de edad, quienes representan el 27.7% de la muestra, siendo 17 mujeres y 11 hombres los que se ubicaron en este grupo. El tercer grupo comprende la población de 76 a 80 años de edad (12.9% de la muestra total), dentro de este conjunto hubo participación de 6 mujeres y 7 hombres. El 14.9% de la población adulta mayor de la muestra tiene 81 años de edad o más (8 mujeres y 7 hombres).

Gráfico 2: Caracterización de la muestra por grupos de edad y sexo

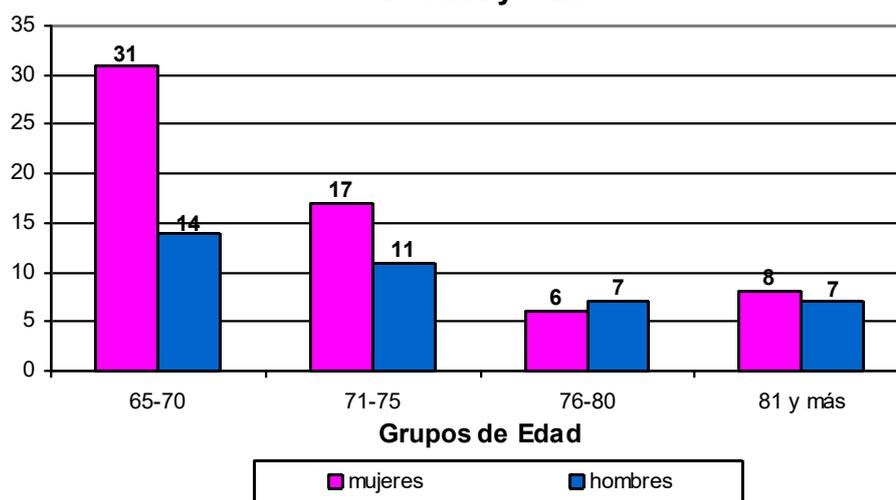


Tabla 2: Frecuencias nivel educativo y sexo del entrevistado(a)

Nivel Educativo	Sexo del entrevistado		Total
	Femenino	Masculino	

Ninguno	4	2	6
Primaria Incompleta	13	13	26
Primaria Completa	17	7	24
Secundaria Incompleta	5	5	10
Secundaria Completa	5	3	8
Universitaria Incompleta	1	0	1
Universitaria Completa	17	9	26
Total	62	39	101

Según los datos obtenidos de la muestra, en el presente estudio, en cuanto al nivel educativo de los(as) entrevistados se observa lo siguiente: un 5.9% no tiene ningún nivel educativo formal, un 25.7% tiene primaria incompleta, el 23.8% tiene primaria completa, un 9.9% secundaria incompleta, 7.9% con secundaria completa, un 1% universitaria incompleta y el 25.7% tiene la universidad completa.

Al comparar los datos obtenidos de la muestra, con los del INEC (2002), se observa que en el Cantón de Montes de Oca la mayoría de la población presenta algún grado académico universitario. Lo cual podría explicar el alto porcentaje de personas adultas mayores a las que se les aplicó el cuestionario con universidad incompleta y completa. En la muestra obtenida se observa que los porcentajes mayores corresponden, por orden descendente, a los de primaria incompleta, universitaria completa y primaria completa.

Esta situación refleja una población característica donde se pueden encontrar dos grandes segmentos o grupos: uno de personas que por distintas razones no tuvieron acceso a una educación secundaria, llegando algunos a concluir la primaria y otros ni siquiera obtuvieron este título, situación que es particular de la población adulta mayor del país, para la cual las situaciones económicas y sociales de la época no brindaban facilidades de acceso a niveles superiores de educación. Sin embargo, tal

vez por tratarse la zona de Vargas Araya y sus alrededores, es decir una localidad cercana a la ciudad de San José y a la Universidad de Costa Rica, permitió un mayor acceso a la educación superior, razón por la cual se distingue un segundo segmento o grupo poblacional de personas mayores de 65 años de edad con un nivel académico universitario, tanto en la población como en la muestra seleccionada.

La educación de las personas mayores muestra índices más bajos que los de la generación actual, debido a que ellos tuvieron oportunidades más limitadas. El análisis por zona geográfica indica que más personas de zona urbana asistieron a la universidad que los de zona rural. (Bonilla, 1995, p. 99)

Al cruzar el nivel educativo de las personas entrevistadas con la edad, se observó una tendencia a que a menor edad, mayor nivel educativo; y a mayor edad, menor nivel educativo ($r = -0.285$ y $p = 0.004$). Esto por cuanto en el grupo de sujetos con edades entre los 65 y 70 años en su mayoría presentan un nivel educativo universitario (36%), mientras en el grupo de edades entre 81 años y más, la mayoría tiene primaria incompleta (33%) y primaria completa (27%). Por su parte, cabe destacar que si bien se observan altos porcentajes de sujetos con nivel educativo universitario en todos los grupos de edad (65-70 años 36%, 71-75 años 18%, 76-80 años 15%, 81 años y más 20%) ello se puede deber a las características propias de la zona ya mencionadas que hacen que aún en el grupo de personas mayores de 81 años de edad haya algunas con un grado universitario.

Las diferencias en cuanto al nivel educativo, encontradas en los grupos de edad, se explica según Oddone (2001) a los cambios en las sociedades modernas, en las cuales el nivel educativo de la población ha variado debido a las exigencias para acceder al mercado laboral. Por lo general los niveles educativos entre las personas mayores aumentan a medida que disminuye la edad.

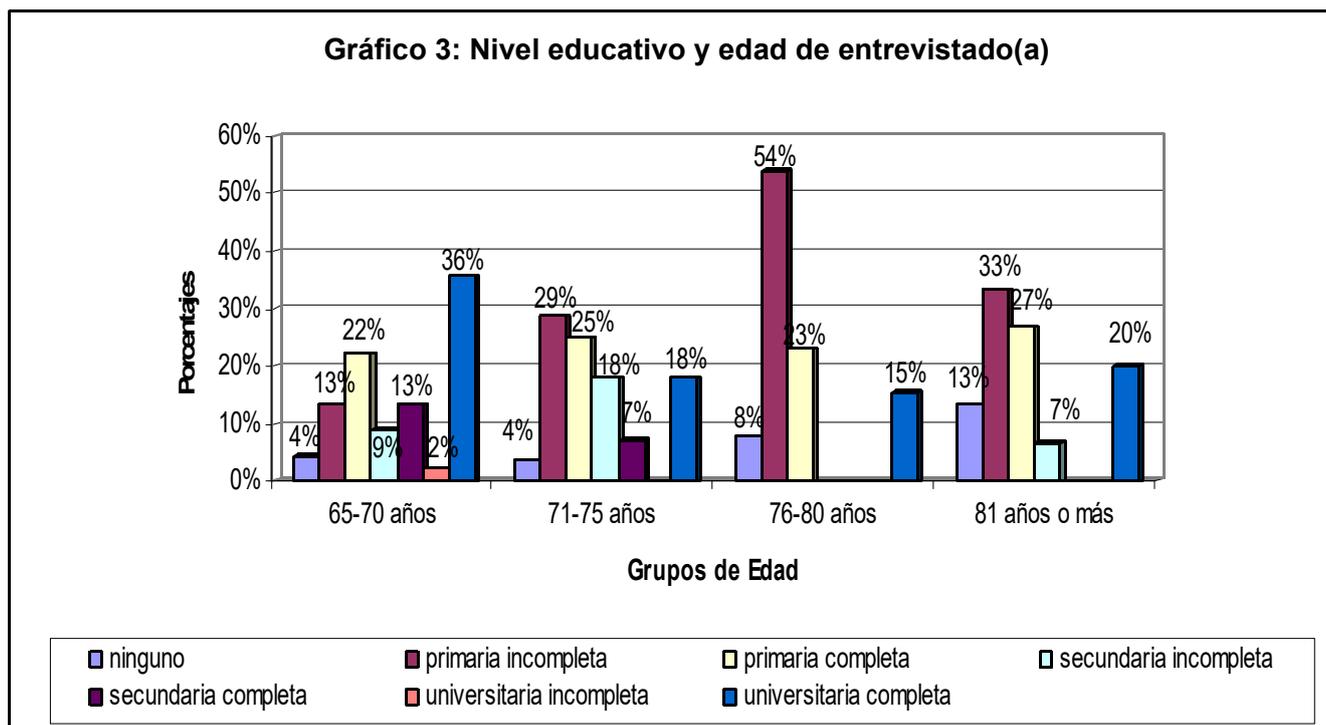


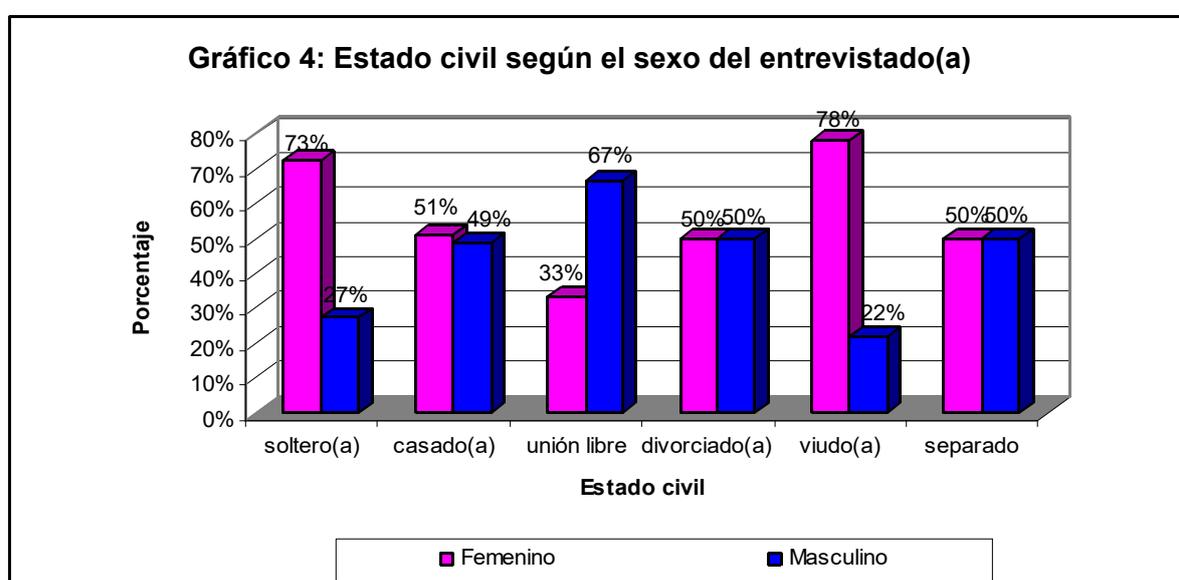
Tabla 3: Distribución de Frecuencias del Estado Civil

Estado Civil	Número sujetos	Porcentaje
Soltero(a)	11	10,9%
Casado(a)	41	40,6%
Unión libre	3	3,0%
Divorciado(a)	8	7,9%
Viudo(a)	32	31,7%
Separado(a)	6	5,9%
Total	101	100%

En cuanto a los datos encontrados en el estudio, se observa que la muestra tiene un 10.9% de solteros(as), un 40.6% es casado(a), 3% está en unión libre, un 7.9% es divorciado(a), un 31.7% es viudo(a) y el 5.9% están separados(as). Como se puede observar el mayor porcentaje es el de la población casada, seguida de los(as)

viudos(as) y los(as) solteros(as). Esta misma distribución se da en la población en general, esto según los datos dados por el INEC en cuanto a la provincia de San José, por lo que la muestra del estudio parece reflejar la realidad de la población adulta mayor.

Con respecto al estado civil, de acuerdo con el sexo del entrevistado, se obtuvo que los solteros en su mayoría tienden a ser mujeres (73%), asimismo son mayormente las mujeres viudas (70%) que los hombres viudos (22%). Por su parte, los hombres tienden a vivir más en unión libre (67%) que las mujeres (33%). Con respecto a casados/as, divorciados/as y separados/as no se observa mayor diferencia por sexo, siendo los porcentajes muy parecidos para ambos.



Una distribución similar fue la encontrada por Oddone (2001) quien observó que los varones en su mayoría eran casados o vivían en pareja, en contraposición a las mujeres quienes en su mayoría eran viudas. Lo cual pone de manifiesto lo indicado anteriormente con respecto a la mayor sobre vivencia femenina (Inga y Vara, 2002).

Esta misma diferencia en la cantidad de viudos y viudas es reflejado en los datos proporcionados por el INEC (2002) en cuanto a la provincia de San José donde de un total de 23406 personas adultas mayores viudas solo 4620 de ellas son hombres, mientras 18786 son mujeres viudas. Esta situación es un aspecto importante a tomar en cuenta a la hora de realizar análisis e interpretaciones sobre la población adulta mayor, así como en lo que es la propuesta y ejecución de políticas y acciones dirigidas a esta población. Una de las razones que pueden explicar esta divergencia se encuentra en la mayor esperanza de vida que tienen las mujeres.

Cualesquiera que sean las actividades de promoción de salud que se planeen, deberán tomar en cuenta acciones en el campo biológico, psicosocial, político y legal. Estas acciones deben considerar, además, el hecho de que las mujeres tienen una supervivencia mayor que los hombres, y que su número es más elevado en todos los grupos de edad. (OPS, 1992, p.23)

2. Validez y confiabilidad de las escalas e índices utilizados en el estudio (Psicometría):

Como se presentó en el capítulo de metodología, el cuestionario aplicado a los y las adultos mayores, se conforma por varias escalas y preguntas para medir la diversas variables independientes (salud, convivencia del geronte, apoyo familiar, afecto y contención familiar, redes sociales, realización de actividades cotidianas, participación en diversas actividades, interiorización de estereotipos negativos de la vejez, percepción de la discriminación), así como para la variable dependiente (nivel de satisfacción).

Estos índices o escalas son construidas a partir de varios ítems contenidos en el cuestionario. Por lo que fue preciso realizar un análisis factorial para los ítems que se consideraron podrían unirse y formar una variable. Seguidamente, se realizó una prueba de psicometría para determinar el Alfa de Cronbach para esta nueva variable. Los resultados de estos procedimientos son los que se presentan a continuación con el fin de señalar los niveles de validez y confiabilidad de las escalas utilizadas.

La variable Recursos Económicos está conformada por tres dimensiones distintas: 1. *acceso a recursos económicos*, 2. *fuentes de acceso a recursos económicos* y 3. *satisfacción de necesidades básicas con los mismos*. Cada punto corresponde a un ítem del cuestionario, es decir, no se construyó una escala para valorar esta variable, sino que cada pregunta referente a los recursos económicos constituye una dimensión a ser correlacionada con el nivel de satisfacción en la vejez.

Para la variable Nivel de Salud, se establecen dos aspectos principales a tomar en cuenta en las correlaciones con el nivel de satisfacción, a saber: 1. *número total de enfermedades que padece la persona* (suma del total de padecimientos reportados por

el respondiente) y 2. *autopercepción del estado de salud*. Esta última dimensión corresponde al ítem del cuestionario: “si compara su salud con la de otras personas de su misma edad, usted la calificaría de buena, regular o mala”.

En el caso de la variable Sistema Familiar se identifican tres dimensiones distintas a relacionarse con la variable dependiente. Una primera dimensión corresponde a la(s) personas con las que vive la persona mayor, esta variable se ha denominado *Convivencia* y corresponde a un ítem particular dentro del instrumento. La segunda dimensión a considerar es la escala *Apoyo Familiar* la cual contempla las respuestas de los seis ítems sobre el tipo de apoyo que recibe el o la adulto(a) mayor por parte de su familia. Esta escala obtuvo un porcentaje de la varianza explicada de 58.16 y un Alfa de Cronbach de 0.8553 lo cual indica un nivel de confiabilidad alto.

La tercera dimensión está constituida por la escala *Contención Afectiva* conformada por tres ítems, los cuales indagan la frecuencia con la cual el adulto mayor recibe muestras de afecto, es escuchado cuando tiene alguna preocupación o problema y siente que recibe respeto y consideración por parte de su familia u otras personas. La escala presenta un porcentaje de la varianza explicada de 74.33 y un Alfa de Cronbach alto indicando un buen nivel de confiabilidad ($\alpha = 0.8177$).

En cuanto a las preguntas sobre la variable Redes Sociales se decidió no hacer una escala con ellas. Esto, pues el análisis de validez indicó que si bien puede haber relación entre los ítems, debido a la forma como está construido cada uno, es mejor considerarlos como una variable independiente. No se obtuvo un valor de alfa que

permitiera conformar una escala. De esta manera cada ítem referente a las redes sociales conforma un aspecto específico a ser correlacionado con el nivel de satisfacción en la vejez, a saber: 1. *número de amigos(as)*, 2. *frecuencia de contacto con los amigos(as)*, 3. *sentirse apreciado por los amigos(as)* y 4. *realizar actividades con los amigos(as)*.

Las preguntas del cuestionario contempladas dentro del apartado Nivel de Participación y Realización de Actividades Cotidianas se aglomeraron de manera que se formaron dos escalas, una tendiente al nivel de *Autonomía o Independencia* de la persona adulta mayor, y el otro a la *Cantidad de Actividades Realizadas*. La escala nivel de autonomía o independencia está conformada por tres reactivos, con un porcentaje de varianza explicada de 63.71 y un alfa aceptable de 0.6545, indicando que la escala es consistente. Para la variable de número de actividades realizadas por la persona adulta mayor se procedió a construir un índice que contiene el número total de actividades reportadas por la o el informante. De ese modo, posteriormente se correlacionó el número de actividades con el nivel de satisfacción en la vejez.

Otro aspecto de interés en la investigación para ser analizado, es la variable de Interiorización de Estereotipos Negativos de la Vejez. Ésta constituye una escala compuesta por ocho reactivos, con un porcentaje de la varianza explicada de 38.42 y un Alfa de Cronbach igual a 0.7635, indicando una alta confiabilidad y consistencia.

Con respecto a la variable Percepción de la Discriminación se considera a cada ítem del cuestionario como una dimensión, de manera que no se realizó una escala con ellos. El análisis de validez indicó que si bien puede haber relación entre los ítems,

identificando dos posibles factores, es mejor considerar cada reactivo como una variable independiente al no obtenerse un valor de alfa alto. En conclusión se tienen cinco dimensiones que se correlacionaron cada una con el nivel de satisfacción en la vejez: 1. *frecuencia con la que se ha sentido discriminado*, 2. *frecuencia con la que instituciones o personas han violentado los derechos*, 3. *frecuencia con que ha escuchado chistes o bromas o recibido insultos por ser una persona adulta mayor*, 4. *frecuencia con la que le han dicho que por su edad no puede hacer diversas actividades* y 5. *frecuencia con la que lo tratan como un niño(a)*.

Por último, en cuanto a la variable dependiente Nivel de Satisfacción en la Vejez, se empleó la Escala de Satisfacción de Filadelfia de Lawton(1972), adaptación de Montorio (1994) que contempla 16 ítems. Esta escala en el presente estudio obtuvo un alfa de 0.8439, el cual evidencia una alta confiabilidad. En cuanto a la validez se encontró que la escala presentaba 4 posibles factores, sin embargo el primer factor es el más fuerte (4.9 en el eigenvalue) y con un porcentaje de varianza explicada de 30.90. Mientras los otros factores presentan valores muy cercanos al uno en el eigenvalue, por lo que se pueden considerar los 16 ítems dentro de un solo factor. La escala de satisfacción se correlacionó con las diversas variables independientes del estudio.

3. Análisis Descriptivo de las Variables

3.1. Recursos Económicos

El análisis de los datos del cuestionario aplicado a los y las adultas mayores refleja que el 8.9% de los(as) entrevistados(as) no reciben ingresos económicos, mientras un 91.1% sí los recibe.

Tabla 4: ¿Recibe ingresos económicos?

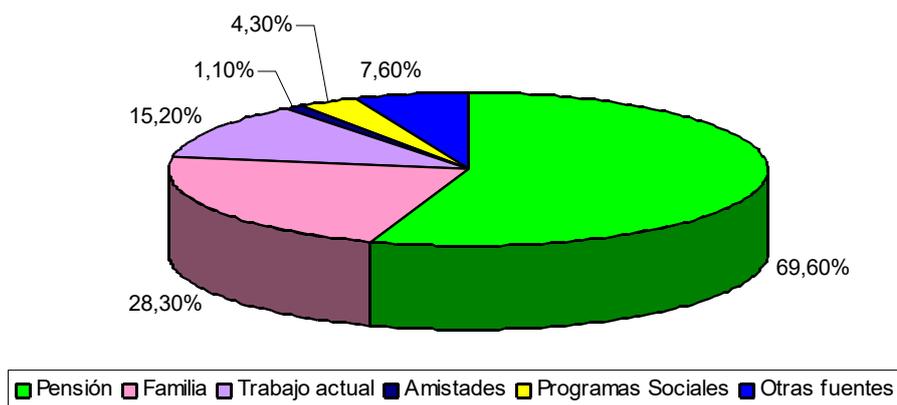
¿Recibe ingresos económicos?	Frecuencia	Porcentaje
No	9	8,9 %
Sí	92	91,1%
Total	101	100%

Del porcentaje que sí reciben, un 69.6% recibe ingresos de su pensión y el 28.3% recibe ingresos por parte de su familia, éstas dos son las principales fuentes económicas de los y las gerontes. Por su parte, un 15.2% recibe sus ingresos de su trabajo actual, de las amistades un 1.1% y el 4.3% recibe ayuda económica de programas sociales. Un 7.6% recibe sus ingresos de otras fuentes como por ejemplo de alquileres, negocios propios e intereses de ahorros bancarios.

Como se puede percibir en los datos descritos anteriormente, la mayoría de las personas adultas mayores reciben ingresos económicos, siendo la principal fuente la pensión, esto encuentra una explicación lógica al tratarse de personas mayores de 65 años de edad y que por ley están jubilados(as), sólo un 15.2% reciben ingresos de su trabajo actual.

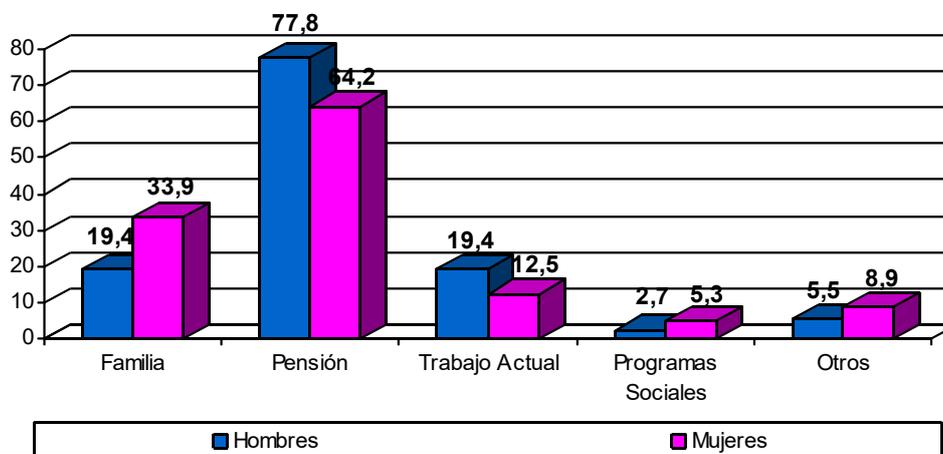
Igualmente, Inga y Vara (2002) al estudiar las fuentes de ingresos económicos de las personas adultas mayores encontraron que estos son percibidos principalmente de la jubilación y de la familia.

Gráfico 5: Fuente de Ingresos Económicos de los y las Gerontes



Cabe destacar que el porcentaje de personas adultas mayores pensionadas es alto en esta población. Lo cual podría explicarse debido a que esta población tiene un nivel educativo alto (26.7% tienen un grado universitario), por lo que se puede asumir que trabajaron en actividades que les permitió el acceder a una pensión.

Gráfico 6: Comparación fuente de ingresos económicos por sexo



El gráfico n° 6 muestra que es mayor el número de hombres (77.8%) que gozan de pensión en comparación con el número de mujeres (64.2%). Esta diferencia se podría deber a que hace unos años era mayor el número de hombres que laboraban fuera del hogar, y por tanto ahora disfrutaban de una pensión. Por su parte, es menor el número de mujeres que laboraban fuera del hogar hace unos años, y las que lo hacían era en trabajos en los cuales no se cotizaba para obtener una pensión al jubilarse (servicio doméstico, cuidado de niños y niñas, costura, etc.).

En contraste, las mujeres son las que reciben más ingresos por parte de la familia (33.9%), que los hombres (19.4%). Las mujeres al acceder menos a una pensión, al tener menos trabajos remunerados y ser viudas, tienden a requerir más del apoyo económico de sus familias (esposo, hijos, hijas y otros familiares cercanos). Además, socialmente se concibe a la mujer en una posición más desvalida y necesitada de ayuda, dependiendo económicamente de lo que los otros le proporcionen.

Igualmente, con respecto a recibir ingresos económicos por parte de programas sociales, se observa que es mayor el porcentaje de mujeres (5.3%) que reciben esta ayuda, y menor el número de hombres (2.7%). Situación que podría deberse a las mismas razones que explican la tendencia de las familias a ayudar económicamente más a las mujeres que a los hombres, reproduciéndose esto a nivel social.

Por último, 19.4% de los hombres reciben sus ingresos económicos de su trabajo actual, mientras que solo un 12.5% de las mujeres reciben ingresos de esta fuente.

De acuerdo con Oddone (2001) hay una diferencia por género con respecto a la cantidad de dinero recibido y las fuentes de ingresos económicos de los y las adultos mayores. Esta diferencia está marcada o corresponde a los roles tradicionales asignados socialmente a hombres y mujeres. De esta manera, las mujeres reciben menores ingresos económicos, y estos provienen de pensiones y de la familia; mientras los hombres reciben mayores ingresos y de varias fuentes como jubilación, trabajo e inversiones.

Ante la pregunta ¿considera usted que sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas? Un 58.8% respondió que sí le satisfacían y mientras el 41.2% considera que sus ingresos no satisfacen sus necesidades básicas.

Gráfico 7: ¿Considera que sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas?

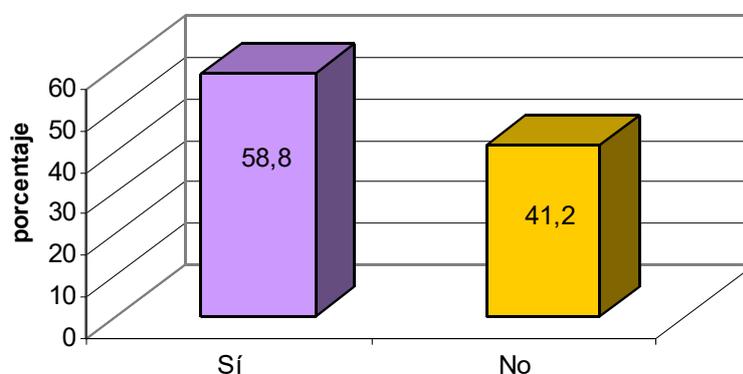
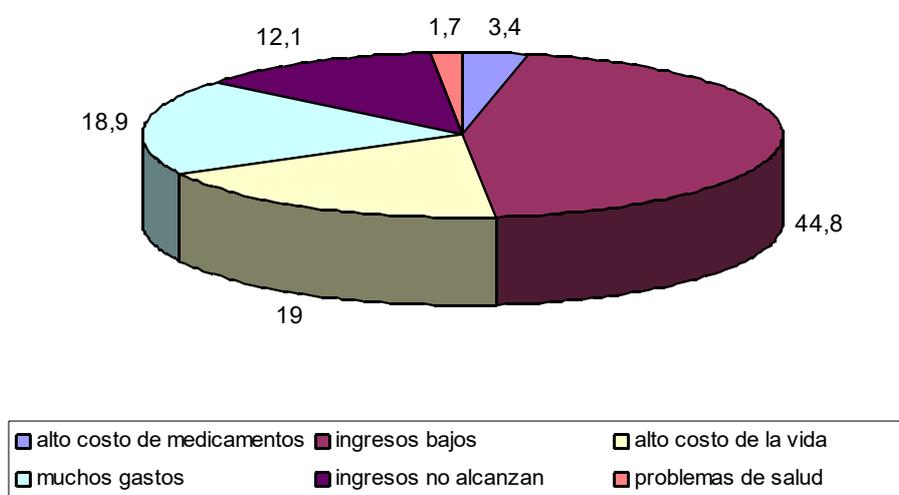
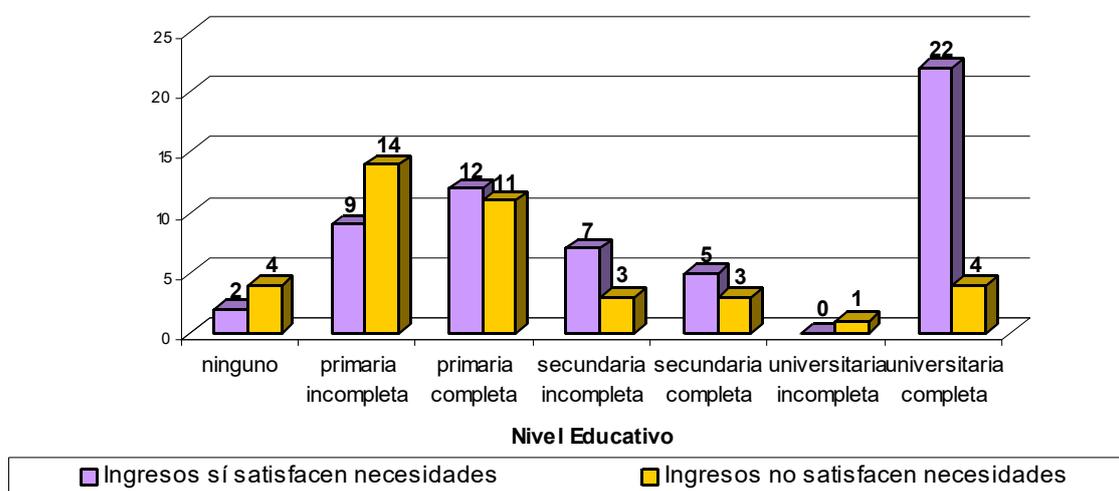


Grafico 8: Razones por las cuales los adultos mayores consideran que sus ingresos no satisfacen sus necesidades básicas



De las personas que manifestaron inconformidad con sus ingresos el 44.8% considera que estos son muy bajos. El 19% cree que el costo de la vida está muy alto, el 18.9% dijo tener muchos gastos y por ello sus ingresos no alcanzan. El 12.1% expresa que sus ingresos no alcanzan, un 3.4% informa que debe comprar tratamientos farmacológicos caros y por ello considera sus ingresos como insuficientes. Y un 1.7% tiene problemas de salud que no le permiten trabajar y mejorar su situación económica.

Gráfico 9: Comparación satisfacción de necesidades básicas con los ingresos y nivel educativo del geronte



De estos datos se puede observar una división de la población en dos grupos, uno corresponde a las personas que consideran que sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas y otro está constituido por las personas que sienten que dichos ingresos económicos no satisfacen sus necesidades. Ahora bien, estas diferencias se encuentran marcadas según el nivel educativo de los(as) entrevistados(as), como se puede apreciar a mayor nivel educativo las personas consideran los ingresos económicos satisfacen sus necesidades básicas, y a menor nivel educativo menos satisfacción de necesidades con los ingresos percibidos. Esta relación tiene una significancia de $p= 0.000$ y $r= -0.348$.

Tabla 5: Correlación entre el nivel educativo y el considerar que los ingresos satisfacen las necesidades básicas

	Considera que sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas	
Nivel Educativo	Pearson Correlation	-,348
	Sig. (2-tailed)	,000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Oddone (2001) encuentra esta misma situación en la población adulta mayor donde se presenta una relación entre el tener un nivel socioeconómico bajo y un nivel educativo también bajo.

La diferencia por nivel educativo se puede deber a que la población con un nivel educativo alto posiblemente trabajó en actividades mejor remuneradas, y que les permitió el acceder a una pensión. Por su parte, las personas entrevistadas con un nivel educativo bajo (entre ninguno y primaria completa), probablemente no lograron acceder a trabajos bien remunerados y por ende actualmente cuentan con una pensión baja, o ni siquiera cuentan con la misma, teniendo en algunos casos que solicitar una

pensión del régimen no contributivo, la cual parece ser insuficiente para cubrir las necesidades básicas de las personas adultas mayores (según el Undécimo Informe del Estado de la Nación para el 2004 esta pensión ascendía a 14 432 colones por mes).

La Organización Panamericana de la Salud considera que el retiro del trabajo “coloca a los ancianos en una situación de dependencia o de carencia económica ya que las pensiones que perciben como jubilados son muchas veces insuficientes para sus necesidades, aún las elementales, y los hace perder su sentido de identidad social”. (OPS, 1992, p. 14)

Tabla 6: Montos de Pensión Promedio en la Caja Costarricense del Seguro Social

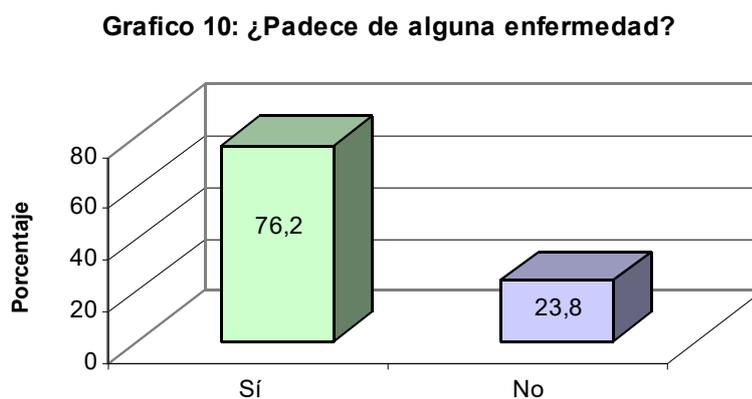
Monto de pensión promedio en CCSS	2001	2002	2003	2004
Por vejez	66.323	76.380	85.776	95.796
Por invalidez	48.425	55.994	61.822	68.177
Por muerte	28.835	32.540	36.651	39.113
Régimen no contributivo	9.703	12.684	13.124	14.432
<i>Montos en colones</i>				

Fuente: Undécimo Informe del Estado de la Nación 2001-2004

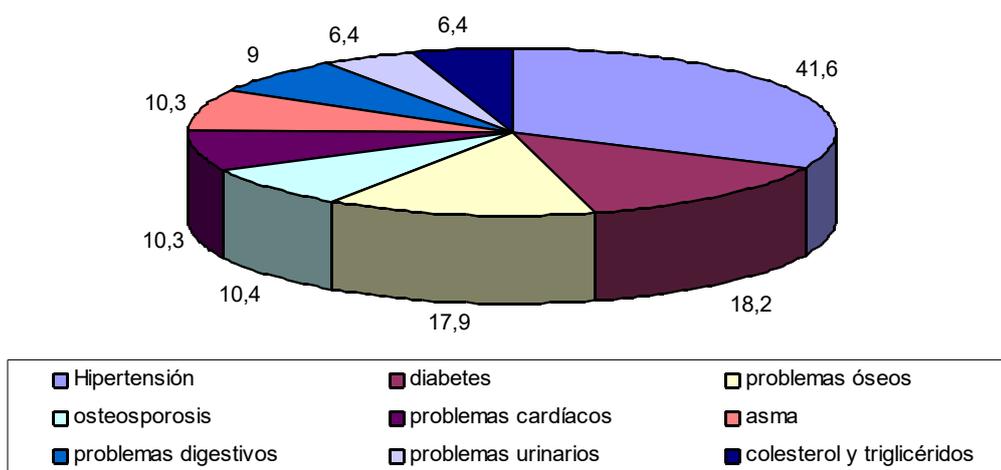
En cuanto a las razones expresadas por los y las adultos mayores con respecto a por qué sus ingresos no satisfacen sus necesidades se observa que la mayoría dice que sus ingresos son bajos. Al relacionar esto con el hecho de que la mayoría de las personas entrevistadas reciben sus ingresos de sus pensiones, se podría aseverar que éstas son bajas o insuficientes para satisfacer sus necesidades básicas. Lo cual se relaciona con el hecho de que al pensionarse se recibe un porcentaje menor del que se recibía anteriormente por concepto de salario. A esto se suman otras razones como el tener que pagar altos alquileres de vivienda, cubrir costos de medicamentos, ser los(as)

proveedores de las familias, y la manifestación de un alto costo de la vida; queja constante en la población general del país.

3.2. Estado de Salud:



Al preguntar a los y las adultos mayores si padecían alguna enfermedad, se encontró que el 23.8% no padece de ninguna enfermedad y el 76.2% sí padece de al menos una enfermedad. Al aplicar el cuestionario se encontró que del total de entrevistados(as) que manifestó padecer de alguna enfermedad, el 45.5% padece de una enfermedad y el 30.7% padece de dos ó más enfermedades. Esto reafirma lo encontrado por la OPS con respecto a que “la mayoría de las personas de 65 años padecía por lo menos de una enfermedad crónica, y muchas veces, de varias.”(OPS, 1992, p.6).

Grafico 11: Tipo de Padecimiento

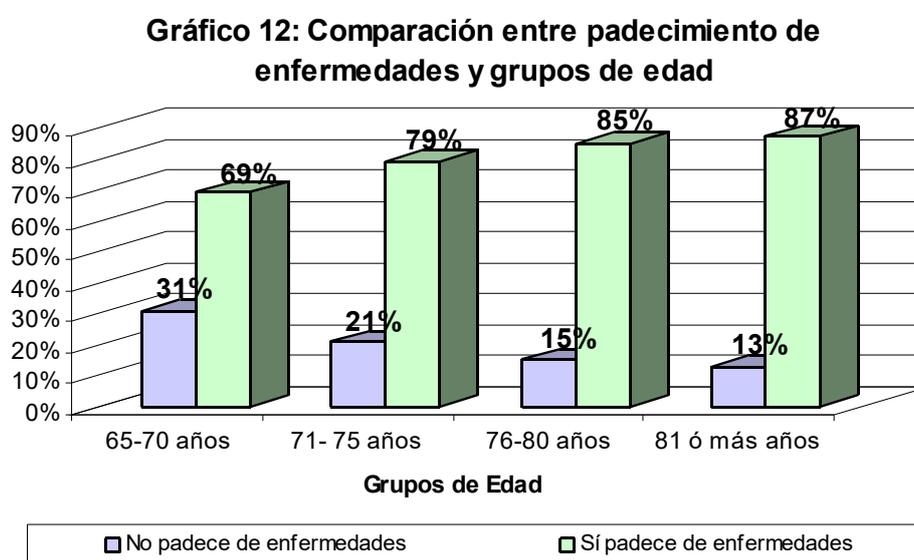
Entre las principales enfermedades reportadas se encuentran: hipertensión con un 41.6%, diabetes con un 18.2%. Un 17.9% corresponde a problemas óseos tales como: fibromialgia, artritis, dolores de huesos, fracturas, desgastes en la columna, etc. El 10.4% padece de osteoporosis, y 10.3% reporta problemas del corazón como infartos y arritmias, entre otros. Además, un 10.3% padece de asma, el 9% manifiesta tener problemas digestivos (gastritis y úlceras), el 6.4% expresa padecer de problemas urinarios y un 6.4% padece de colesterol y triglicéridos.

Lo anterior concuerda con los datos reportados por el Análisis de Situación Integral de Salud, del Área de Salud de Montes de Oca (2004-2006), en el cual las enfermedades más frecuentes en las personas de 65 años en adelante corresponden a: hipertensión, diabetes, infecciones de las vías respiratorias, obesidad.

Asimismo, “entre las causas de mortalidad más frecuentes en los ancianos de 65 años de edad y más se encuentran las enfermedades del corazón, los tumores malignos,

las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes, la influenza y la neumonía.” (OPS, 1992, p. 5).

El gráfico n° 12 muestra las diferencias entre los distintos grupos de edad con respecto al padecimiento de enfermedades, observándose que a pesar de que en todas las edades el porcentaje de adultos(as) mayores con padecimientos es mayor al número de personas que no los reportan, conforme avanza la edad asciende la cantidad de sujetos(as) que sí padecen enfermedades y desciende el porcentaje de personas que no las padecen. Pasando de un 69% que padece enfermedades en el grupo de sujetos con 65-70 años, a un 87% para el grupo de 81 años y más. Y de un 31% que no tienen enfermedades, para el grupo más joven (65-70 años), a solo un 13% sin enfermedades para el grupo más envejecido (81 años y más) de la muestra.



En conclusión, se afirma que a mayor edad se tiende a padecer una o más enfermedades, y consistentemente a menor edad es mayor el número de personas que manifiestan no padecer de ninguna enfermedad. Por lo cual se puede observar que

conforme pasan los años hay una declinación de la salud, manifestándose en una serie de enfermedades señaladas por los y las personas adultas mayores.

A medida que la edad aumenta y aunque la salud percibida no cambie significativamente, los sujetos muestran más problemas crónicos, más dolores, más desórdenes mentales, han pasado más días limitados a estar en cama en el mes anterior y tienen más problemas de audición. (Fernández-Ballesteros, 1998, p.63)

Una relación interesante encontrada se da entre el nivel educativo de la persona adulta mayor y el padecer de alguna enfermedad, así como la cantidad de padecimientos. Esta relación indica que los sujetos con un mayor nivel educativo tienden a no padecer de enfermedades ($r=-0.231$, $p=0.020$) o reportar menor número de éstas ($r=-0.197$, $p=0.048$). Contrariamente, a menor nivel educativo mayor padecimiento de enfermedades.

Tabla 7: Correlación entre salud y nivel educativo

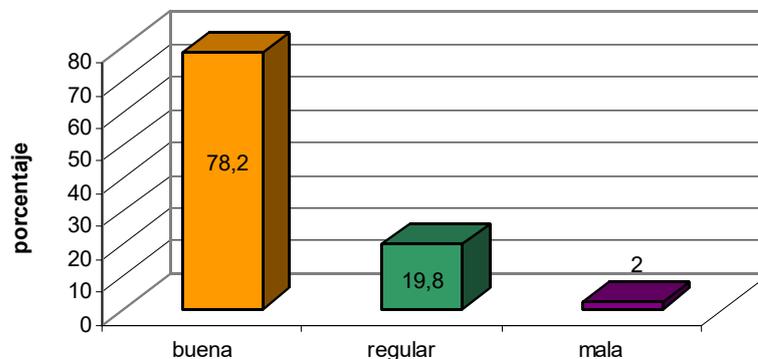
		Nivel Educativo
Padece de alguna enfermedad	Pearson Correlation	-,231
	Sig. (2-tailed)	,020
Total de enfermedades	Pearson Correlation	-,197
	Sig. (2-tailed)	,048

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Esta misma asociación fue hallada por Inga y Vara (2002) para quienes “el anciano va a tener menos probabilidades de presentar signos de enfermedad si su nivel educativo es alto” (p. 4). Lo cual podrá deberse a que quienes tienen niveles educativos más altos se preocupan más por su salud, y cuentan con mayores ingresos

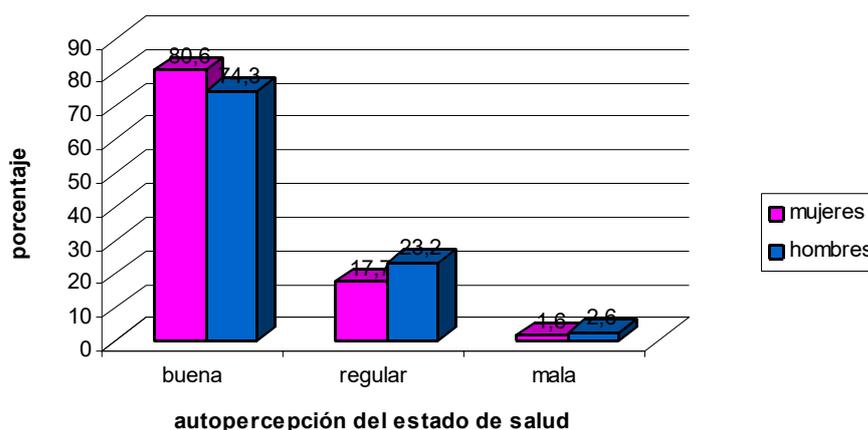
para solventar problemas médicos, que quienes tienen un nivel educativo y socioeconómico bajo.

Gráfico 13: Calificación del estado de salud

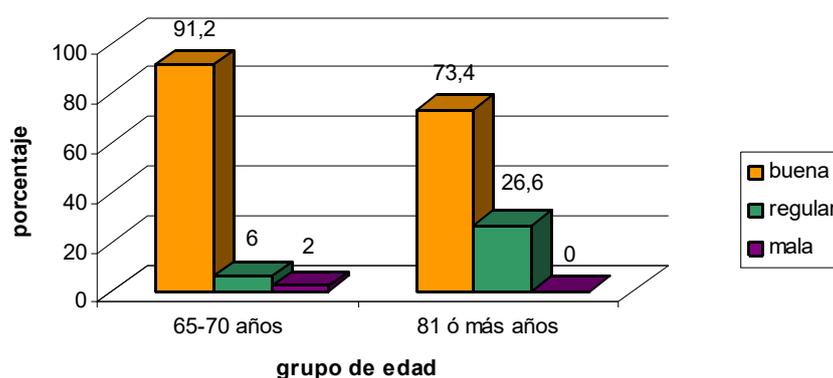


Otra pregunta con respecto al tema de la salud realizada a las personas adultas mayores, hacía referencia a la calificación de su estado de salud al compararlo con el de personas de su misma edad. Al respecto, se obtuvo que el 78.2% considera que su salud es buena, el 19.8% la califica de regular y sólo un 2% señala su salud como mala. En el estudio realizado por (Beckett, et. al., 2002) la mayoría de las personas adultas mayores entrevistadas consideraron su salud como muy buena o excelente y debido a que el número de limitaciones funcionales era bajo.

En cuanto a las diferencias por sexo, se puede apreciar que el 80.6% de las mujeres califican su salud de buena, 17.7% de regular y 1.6% la califica de mala. De manera similar el 74.3% de los hombres calificó su salud de buena, un 23.2% de regular y un 2.6% de mala. En las investigaciones de Fernández-Ballesteros (1998) y Kitamura, et. al. (2002) se evidenció una diferencia en el modo en que hombres y mujeres califican su estado de salud, siendo los hombres quienes tienen una mejor opinión de la salud que las mujeres.

Gráfico 14: Calificación de la salud según sexo

Un dato relevante se encuentra al comparar la autopercepción del estado de salud con la edad de los(as) entrevistados(as), de tal manera se tiene que el 91.2% de las personas entre 65-70 años califica su salud de buena, un 6.6% la califica de regular y un 2.2% de mala. En contraste, las personas de 81 años y más califican su salud como buena en un 73.4% y un 26.6% de regular. Como se puede apreciar, las personas con menos años consideran que tienen un mejor estado de salud, lo cual a su vez se relaciona con que tienen menos enfermedades.

Gráfico 15: Calificación de la salud según edad

No obstante, se debe resaltar que el porcentaje de personas adultas mayores que califica su salud de buena es alto (78.2%), a pesar de que 76.2% expresó padecer de al menos una enfermedad. Esta situación puede deberse a que las personas adultas

mayores no se basan únicamente en sus enfermedades para calificar su estado de salud, sino que pueden estar tomando otros factores en consideración como por ejemplo el nivel de autonomía e independencia, la realización de actividades físicas. Kalish (1991), Sörensen y Pinquart (2001) concuerdan diciendo que la auto percepción de la salud es más importante que la salud objetiva, entendida como el número de padecimientos de la persona adulta mayor.

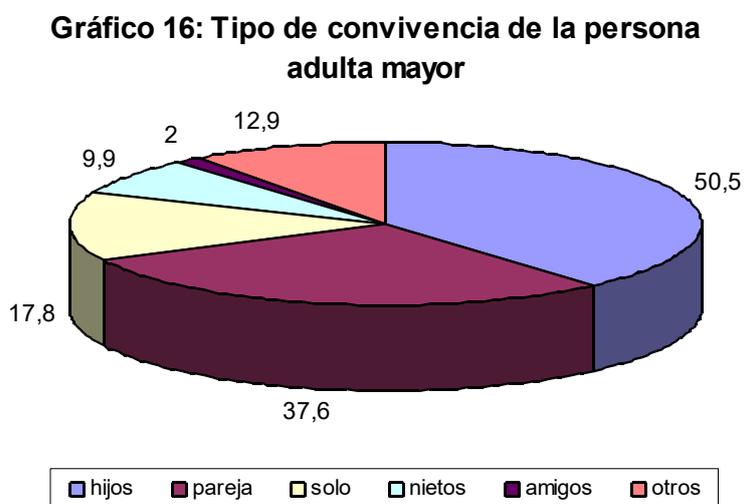
La salud de las personas adultas mayores será percibida por ellos mismos como buena, aunque se padezca de enfermedades, si estas no le impiden la realización de actividades. Si siguen trabajando y realizan actividades cotidianas entonces consideraran que tienen salud. Por su parte, debido a que las personas adultas mayores han trabajado mucho durante toda la vida, y que debido al proceso propio de envejecimiento las fuerzas se han visto disminuidas trayendo como consecuencia la pérdida de habilidades físicas, entonces los gerontes percibirán su salud de regular, vulnerable o deficiente, debido a esta pérdida de fuerza o habilidad (Nué, 2001).

Así, al aplicar el instrumento algunos(as) participantes expresaron que sus enfermedades no los(as) limitaba en la realización de actividades, y por ende consideraban su salud favorable *“yo padezco de la rodilla pero veo que puedo caminar bien aunque un poco despacio, por eso creo que mi salud es buena, todavía puedo caminar y hacer mis cosas, estoy bien”*, *“yo veo que puedo hacer muchas cosas que otras personas de mi edad no pueden por lo que creo mi salud es muy buena”*.

Por tanto, la calificación de la salud por parte de las personas mayores de 65 años de edad va a ser positiva a pesar del empeoramiento de condiciones objetivas de la salud (número de padecimientos) siempre y cuando el funcionamiento físico no se vea afectado por estas. De manera que tiene una influencia mucho mayor en la percepción de la salud el desenvolvimiento en la vida diaria que los problemas de salud. (Schneider, et. al., 2004).

3.3. Sistema Familiar

Con respecto al sistema familiar, se preguntó si la persona adulta mayor tenía hijos(as), se pudo encontrar que la mayoría sí tienen hijos(as) (88.1%), y sólo un 11.9% no los tiene. Asimismo, al indagar con quién(es) vive la persona adulta mayor se halló que el 50.5% vive junto a sus hijos(as), el 37.6% vive con su pareja, el 17.8% vive sólo(a), el 9.9% con nietos(as) y un 2% con amigos(as) y con otros un 12.9% (padres, hermanos, hermanas, yernos, nueras, tíos, tías, etc.).



Una diferencia por resaltar es la encontrada por sexo, el 51.2% de los hombres vive con su compañera, mientras el 29% de las mujeres vive con su compañero, lo cual se relaciona con el mayor número de mujeres viudas encontrado. Por otro lado, el 61.2% de las mujeres y el 33.3% de los hombres viven con los hijos(as), esto puede darse ya que en el caso de los(as) hijos(as), se dan dos posibles situaciones, por un lado los padres y madres pueden haberse ido a vivir con sus hijos(as) para no quedarse solos(as) después de la muerte de la pareja, divorcio, separación, etc.; o bien puede ser que los(as) hijos(as) vivan con sus padres pues éstos aún son los(as) proveedores.

Para Oddone (2001) el género es indicativo de una diferente forma de convivencia, ya que los hombres conviven en una mayor proporción que las mujeres, con la pareja o con la pareja e hijos(as). Las mujeres, en cambio, conviven más con sus hijos(as), nietos(as) u otros familiares, y solas. Estas formas de convivencia diferentes por sexo, Oddone (2001) las atribuye a la esperanza de vida mayor de las mujeres y a los roles tradicionales asignados a los géneros.

Un tercer punto referente al sistema familiar, contempla el tipo de apoyo que la persona adulta mayor recibe de su familia. Al respecto se refleja que los principales tipos de apoyo recibidos corresponden al espiritual, al económico y a la recreación, siendo menor el número de personas que reciben apoyo con medicamentos, vestido y alimentos. Esto puede estar reflejando el hecho de que las personas adultas mayores no son tan dependientes de la familia y valoran más el apoyo espiritual y la recreación sobre otros tipos de ayuda o apoyo.

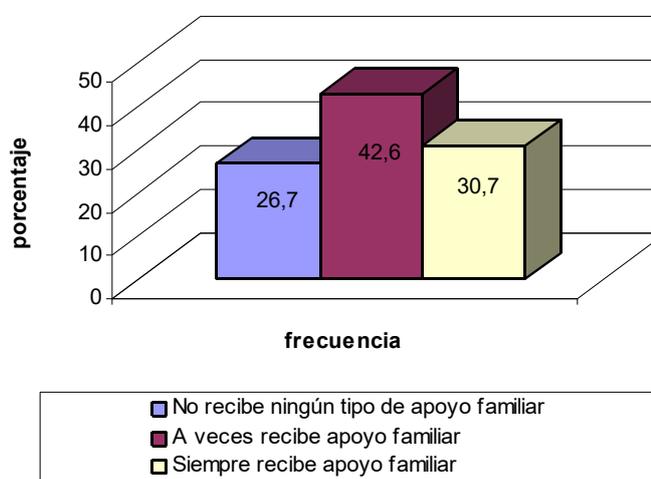
Tabla 8: Frecuencia y tipo de apoyo familiar recibido por la persona adulta mayor

Tipo de Apoyo Recibido de la Familia	Siempre	A veces	Nunca
Espiritual	54.4%	14.9%	30.7%
Económico	40.6%	21.8%	37.6%
Alimenticio	37.6%	15.9%	46.5%
Recreación	38.6%	24.8%	36.6%
Medicamentos	31.7%	9.9%	58.4%
Vestido	32.7%	17.8%	49.5%

El índice de apoyo familiar, contempla el sustento total recibido por la persona adulta mayor, sumándose todos los tipos de apoyo y la frecuencia de los mismos. Como resultado del análisis de esta escala se obtuvo que la mayoría de las personas adultas mayores afirma recibir en ciertas ocasiones apoyo familiar (42.6%), seguido por aquellos que dijeron recibir siempre apoyo familiar con un 30.7%, y un 26.7% de los(as) sujetos mayores manifiestan no recibir ningún tipo de apoyo familiar.

Tabla 9: Escala de Apoyo Familiar

Frecuencia con que recibe apoyo familiar en general	Frecuencia	%
No recibe ningún tipo de apoyo familiar	27	26,7
A veces recibe apoyo familiar	43	42,6
Siempre recibe apoyo familiar	31	30,7
Total	101	100

Gráfico 17: Frecuencia con que recibe apoyo familiar en general

Al realizar cruces con la variable índice de apoyo familiar se halló que está correlacionada con la edad del geronte. Se obtuvo una correlación positiva baja ($r=0.205$) pero significativa ($p=0.039$), de manera que se puede generalizar a la población el que a medida que aumentan los años, se recibe más apoyo familiar.

El apoyo familiar se asocia también al género, de modo que las mujeres reportan el recibir con mayor frecuencia apoyo por parte de sus familias, al compararlo con los varones ($r = -0.208$, $p = 0.037$). Un 71% de las personas que dicen siempre recibir apoyo de sus familias son mujeres, mientras solo 29% son varones. Por su parte, es mayor el porcentaje de hombres (51.9%) que no reciben ningún tipo de apoyo familiar que el de mujeres (48.1%).

Tabla 10: Correlación: Apoyo familiar y edad y sexo

		Escala o índice de apoyo familiar
Edad del entrevistado	Pearson Correlation	,205
	Sig. (2-tailed)	,039
Sexo del entrevistado	Pearson Correlation	-,208
	Sig. (2-tailed)	,037

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabla 11: Apoyo familiar y sexo

Sexo	Escala o índice de apoyo familiar		
	Ninguno	A veces recibe apoyo familiar	Siempre recibe apoyo familiar
Femenino	48,1%	62,8%	71,0%
Masculino	51,9%	37,2%	29,0%

De acuerdo con los resultados de Inga y Vara (2002) y Oddone (2001) las mujeres mayores de 65 años de edad reciben mayor ayuda o apoyo por parte de sus familias en todos los aspectos, que los hombres. Esto se puede explicar, por cuanto las mujeres sobreviven más que los hombres, por lo que al quedar viudas los hijos(as) y otros familiares las apoyan con vivienda, alimentación, vestido, recreación, y principalmente en lo económico.

Los análisis estadísticos señalan una relación significativa (*valor p de chi-cuadrada* = 0.002) entre el apoyo económico y el sexo del entrevistado. Las mujeres reciben con mayor frecuencia apoyo económico. El 73.2% de las mujeres reciben esta

ayuda siempre, mientras el 39.5% de las mismas nunca lo reciben. De manera inversa, los hombres en su mayoría (60.5%) nunca reciben apoyo económico de sus familiares, y solo el 26.8% siempre lo reciben.

Tabla 12: Apoyo económico por género

Sexo	Recibe apoyo económico de su familia		
	Nunca	A veces	Siempre
Femenino	39,5%	77,3%	73,2%
Masculino	60,5%	22,7%	26,8%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,442 ^a	2	,002
Likelihood Ratio	12,480	2	,002
Linear-by-Linear Association	9,165	1	,002
N of Valid Cases	101		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,50.

Tradicionalmente las mujeres han tenido un acceso más limitado a los recursos económicos (salarios inferiores, trabajos no remunerados) por lo que suelen requerir en mayor medida apoyo económico por parte de sus familias. Asimismo las mujeres solas (viudas, solteras) tienden a requerir mayor apoyo financiero, esto debido a que en general cuentan con pocos recursos financieros y sociales (Sörensen y Pinquart, 2001).

Según Li, et. al. (2005) existe diferencia en el tipo de apoyo recibido en hombres y mujeres al quedar viudos(as). En el caso de los hombres, cuando sus esposas mueren, ellos experimentan un vacío emocional y dificultades en la gerencia de la casa, por lo que suelen requerir apoyo en cuanto a los quehaceres propios del hogar y de compañía. Las mujeres, al morir su pareja, es más probable que

experimenten dificultades financieras por lo que este se convierte en el principal aspecto en el cual requieren apoyo de sus familias.

El soporte económico brindado a los y las adultos mayores parece depender del estado civil de éstos. Los solteros y viudos son quienes siempre reciben apoyo económico por parte de sus familias (54.5% de los solteros y 43.8% de los viudos siempre lo reciben), mientras la mayoría de sujetos en unión libre (66.7%), divorciados (62.5%) y separados (83.3%) reportan que nunca reciben apoyo económico de su familia.

Tabla 13: Apoyo económico y estado civil

Estado civil	Recibe apoyo económico de su familia		
	Nunca	A veces	Siempre
Soltero(a)	18,2%	27,3%	54,5%
Casado(a)	39,0%	22,0%	39,0%
Unión libre	66,7%	0%	33,3%
Divorciado(a)	62,5%	0%	37,5%
Viudo(a)	25,0%	31,3%	43,8%
Separado(a)	83,3%	0%	16,7%

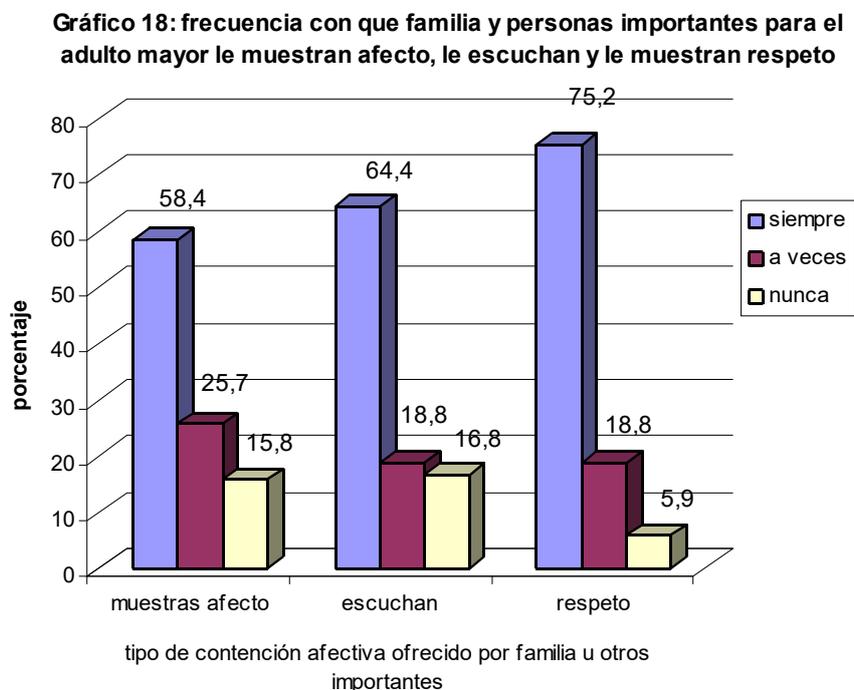
Kwee Ho, et. al. (2003) también encontraron cierta interacción entre el estado civil y la ayuda social recibida. Donde los viudos(as) al considerarse más vulnerables y dependientes se les tiende a brindar más ayuda que los sujetos(as) con otros estados civiles.

Tabla 14: Escala de contención afectiva

Frecuencia con que recibe muestras de afecto y contención por parte de la familia y otras personas	Frecuencia	%
No recibe muestras de afecto de familia o personas importantes.	10	9,9%
A veces recibe muestras de afecto de familia y otras personas	22	21,8%
Siempre recibe muestras de afecto de familia y otras personas	69	68,3%
Total	101	100%

Por otra parte, con respecto a la escala de contención afectiva se encontró que el 68.3% de la muestra dice recibir siempre muestras de afecto por parte de su familia y

otras personas importantes para él o ella. El 21.8% dijo que reciben este afecto en ocasiones, y un 9.9% no recibe muestras de afecto.



Con respecto a los resultados descriptivos para cada ítem que conforma la escala contención afectiva se presentaron los siguientes resultados. En cuanto a la interrogante sobre la frecuencia con que la persona adulta mayor recibe muestras de afecto por parte de su familia o personas importantes, el 58.4% dijo que siempre las recibe, el 25.7% a veces y el 15.8% nunca recibe muestras de cariño. La pregunta: su familia o personas importantes le escuchan cuando tiene algún problema, preocupación o necesidad, obtuvo que el 64.4% siempre es escuchado, un 18.8% a veces y el 16.8% nunca es escuchado. Para el ítem recibe respeto y consideración de la familia o personas importantes, un 75.2% contestó que siempre, 18.8% a veces y 5.9% considera que nunca recibe respeto y consideración.

Por consiguiente, se puede afirmar que la mayoría de las personas adultas mayores entrevistadas, siente que recibe muestras de afecto, son escuchados(as) y respetados(as) por su familia y/o personas importantes para ellos(as).

Por último, cabe señalar que las escalas apoyo familiar y contención afectiva presentan una correlación moderadamente fuerte entre sí, (*r de Pearson de 0.475*) con un nivel de significancia de *0.000*. De tal manera se puede concretar que si la persona adulta mayor recibe con frecuencia apoyo por parte de la familia, se sentirá más querido y respetado por las diferentes personas que le rodean (familiares y otros cercanos).

Tabla 15: Correlación entre Contención Afectiva y Apoyo Familiar

		Escala de Contención Afectiva
Escala o índice de apoyo familiar	Pearson Correlation	,475
	Sig. (2-tailed)	,000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

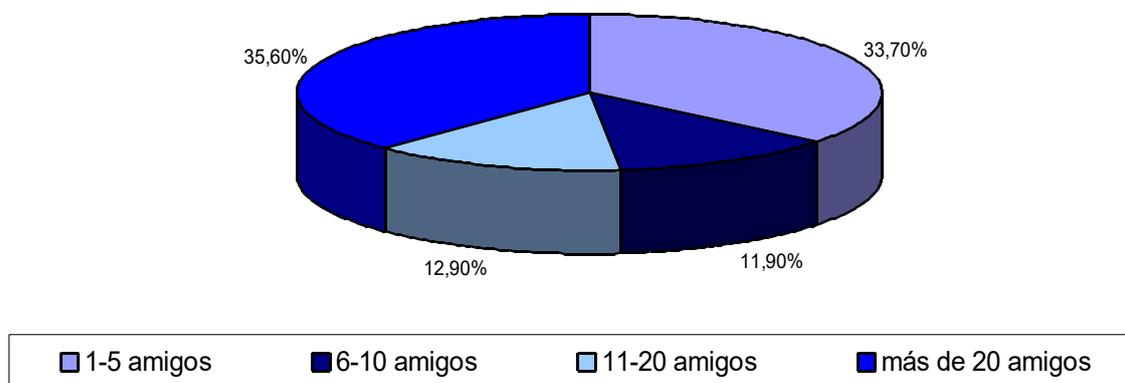
3.4. Redes Sociales

El apartado de Redes Sociales está constituido por cuatro ítems distintos los cuales son de interés en el presente estudio al considerarse como variables independientes a relacionar con el nivel de satisfacción en la vejez. A continuación se presentan los resultados estadístico descriptivos de tales variables.

Con respecto al número de amigos(as) que las personas adultas mayores consideran tienen cerca, el 35.6% dice tener más de 20 amigos(as), el 33.7% tiene

entre uno y cinco amigos(as), 12.9% tienen entre 11-20. Un 11.9% considera tener seis o diez amigos(as) y solo un 5.9% no tiene amigos(as).

Gráfico 19: Número de Amigos



Con referencia a esta pregunta, a la hora de aplicar el cuestionario se detallaron dos tendencias centrales, una conformada por las personas que aseguran tener muchos amigos(as) y otra en la cual aunque el o la geronte tenga varios contactos con personas, califica como amigo(a) a muy pocas personas o incluso a ninguna, haciendo hincapié en la importancia de desarrollar y mantener un vínculo de confianza.

Sin embargo, se encontró una relación positiva entre el número de amigos(as) y la edad del entrevistado(a), con una $r=0.265$ y $p= 0.007$. La cual indica que a mayor edad mayor número de amistades tienen la persona adulta mayor.

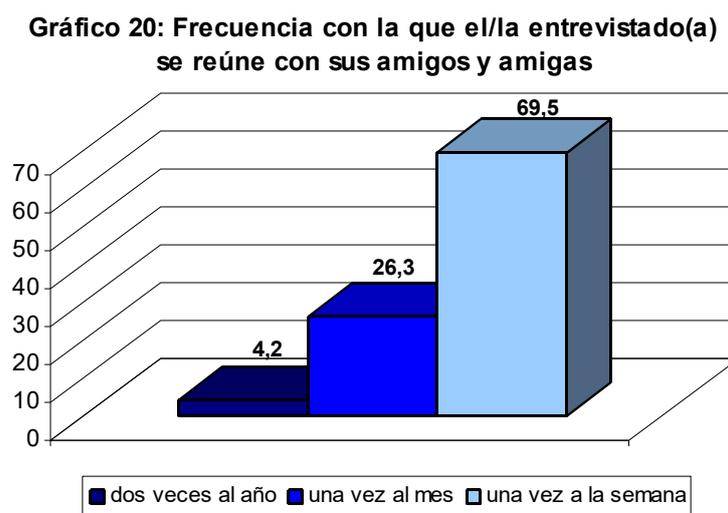
Tabla 16: Correlación entre el número de amigos y la edad del entrevistado(a)

	Actualmente cuantos amigos/as considera usted que tiene cerca	
Edad del entrevistado/a	Pearson Correlation	,265
	Sig. (2-tailed)	,007

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Al contrario de lo encontrado, Jamjan y Jerayingmongkol (2002) señalan que los y las adultos mayores de 75 años y más, tienen redes sociales más pequeñas y comparten menos con sus amigos(as), que los y las adultos mayores con edades inferiores a los 75 años.

Al indagar sobre la frecuencia con la cual los y las sujetos adultos mayores se reúnen con sus amistades, se encontró que el 69.5% de la muestra se reúne por lo menos una vez a la semana con los y las amigos(as), el 26.3% se reúne una vez al mes y un 4.2% se reúnen solamente 2 veces al año o menos. Es decir, más de la mitad de las personas entrevistadas suelen encontrarse con sus amigos y amigas semanalmente, asimismo el porcentaje de adultos y adultas mayores que se reúnen con amigos(as) muy rara vez (una o dos veces por año) es muy bajo. Ello indica que la muestra estudiada está constituida en términos generales por personas sociables, con varios contactos con otras personas.

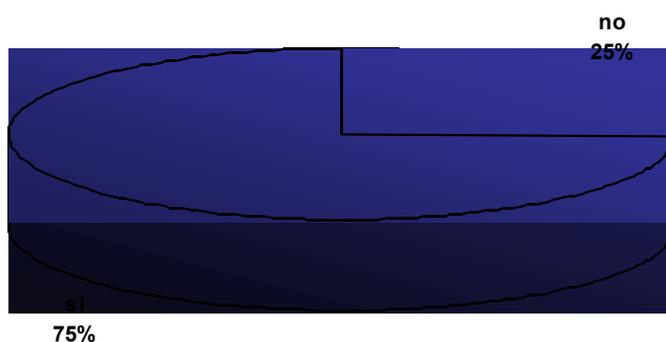


Esto puede deberse a una característica propia de la población específica, ya que en la zona de Vargas Araya y alrededores, se ha dado la promoción de actividades

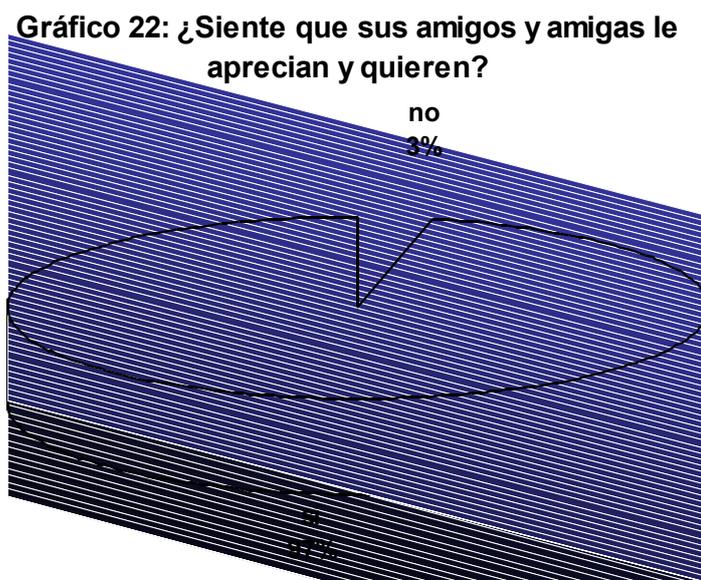
deportivas, recreativas, culturales y religiosas, entre otras, por parte de los y las gerontes. Además de la formación de grupos de la tercera edad, donde participan varias de las personas de la muestra. Por lo que, seguramente, ha ocurrido en esta localidad (al igual que en otras del país donde existen estos grupos y actividades para los adultos y las adultas mayores) que las personas con más de 65 años de edad al participar en actividades grupales forman vínculos de amistad con los y las demás participantes, y al reunirse el grupo cada cierto tiempo, aprovechan ese mismo espacio para compartir con sus amigos(as).

Confirmando la aseveración anterior se encontró que la mayoría de las personas adultas mayores (75%) realiza algún tipo de actividad física, recreativa, laboral, etc. con sus amigos y/o amigas, mientras que un 25% no lo hace o no comparte actividades de este tipo con sus amistades.

Gráfico 21: Realiza algún tipo de actividades con sus amigos y amigas



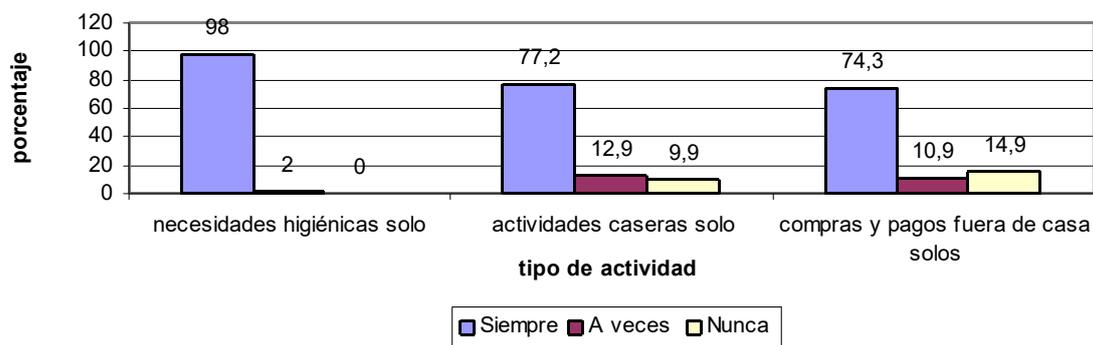
Por último, con respecto al ítem considera que sus amigos(as) le aprecian y quieren, la mayoría de las personas adultas mayores contestó afirmativamente, es decir un 96.8% siente que sus amigos y amigas lo aprecian y quieren, mientras que sólo un 3.2% no sienten esta manifestación afectiva.



3.5 Nivel de participación y realización de actividades cotidianas

Casi la totalidad de los entrevistados (98%) se bañan y hacen sus necesidades higiénicas solos(as), mientras un 2% requieren a veces de ayuda para realizar dichas necesidades. El 77.2% realiza actividades caseras tales como barrer y cargar objetos solos; 12.9% ejecuta estas acciones solos en ocasiones y un 9.9% nunca las hacen solos. Quienes realizan compras y pagos fuera de la casa, un 74.3% lo hacen siempre solos, un 10.9% a veces lo hacen solos y un 14.9% nunca salen solos de sus casas.

Gráfico 23: Frecuencia con que el adulto mayor realiza actividades cotidianas solo



Estos datos expresan que si bien la mayoría de las personas adultas mayores estudiadas realizan sus actividades higiénicas solos(as), conforme dichas diligencias muestran mayores dificultades, tal como hacer tareas domésticas solos(as), y salir solo(a) de la casa a realizar diversas acciones, va disminuyendo la cantidad de gerontes que las puedan realizar siempre solos(as), es decir necesitan con mayor frecuencia de la ayuda de otras personas para concretar estas funciones.

El proceso normal del envejecimiento trae consigo una serie de cambios, siendo uno de ellos la reducción de la capacidad para realizar actividades diversas solo(a). “Siendo sus efectos una menor efectividad del auto concepto y de las interacciones sociales con los demás... afortunadamente, las personas tienen una gran capacidad para adaptarse y la mayoría de las personas mayores se acomodan a estos cambios, reconociendo que la única manera de ser felices es enfrentarse con los cambios y seguir adelante en cuanto a los demás aspectos.” (Kalish, 1991, p. 45)

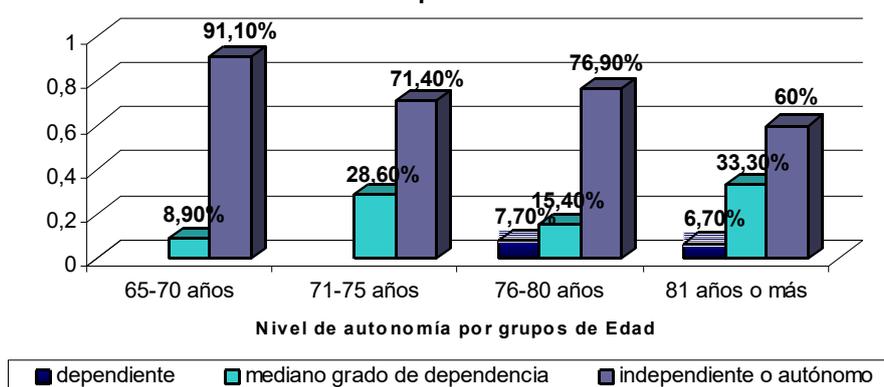
Al obtener las medidas de tendencia central de la escala de autonomía e independencia (conformada por los tres ítem descritos arriba) se encontró que la mayoría de las personas presentan un grado alto de autonomía e independencia. Esto

pues la moda tiene un valor de 2, dentro de una escala que va del 0 al 2, donde el 0 se interpreta como total dependencia, y 2 como total independencia y autonomía. Por su parte en promedio los y las personas entrevistadas presentan un nivel de autonomía igual a 1.75, es decir, un alto nivel de la misma. Para facilitar la comprensión y análisis de esta escala para realizar los análisis descriptivos, al igual como se ha hecho con las demás escalas, se optó con convertirla en una variable discreta, obteniendo la siguiente distribución de frecuencias: 79.2% de la muestra son independientes y autónomos, 18.8% presentan un mediano grado de dependencia requiriendo en ocasiones y para ciertas actividades de la ayuda de otras personas, y el 2% de los y las sujetos(as) se muestran más bien dependientes de otros para realizar tareas cotidianas.

Tabla 17: Escala de Autonomía e Independencia

	Frecuencia	Porcentaje
Dependiente	2	2%
Mediano grado de dependencia	19	18,8%
Independiente o autónomo	80	79,2%
Total	101	100%

Gráfico 24: Diferencias por grupos de edad en cuanto a nivel de autonomía e independencia



El gráfico n° 24 muestra cómo en los grupos de mayor edad aumenta el nivel de dependencia de otras personas para la realización de actividades cotidianas y disminuye el porcentaje de personas independientes o autónomas, es decir que siempre

hacen estas tareas solos. Aunado a ello se observa que en los grupos de edad más jóvenes (65-70 años y 71-75 años) no hay personas totalmente dependientes, y es mínimo el porcentaje de sujetos(as) con un mediano grado de dependencia (8.9%) en el grupo que va de los 65 a 70 años de edad. Fernández-Ballesteros (1998) evidencia que los sujetos(as) más jóvenes (65-75) muestran menores dificultades para realizar actividades de la vida diaria.

El correlacionar las variables escala de autonomía e independencia y edad del entrevistado, indicó la existencia de una relación negativa significativa entre ambas ($r = -0.282$, $p = 0.004$). En resumen, a medida que aumentan los años disminuye el nivel de autonomía e independencia del geronte en cuanto a la realización de actividades cotidianas.

Tabla 18: Correlación entre edad y nivel de autonomía e independencia.

		Edad del entrevistado(a)
Escala de autonomía e independencia	Pearson Correlation	-,282
	Sig. (2-tailed)	,004

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

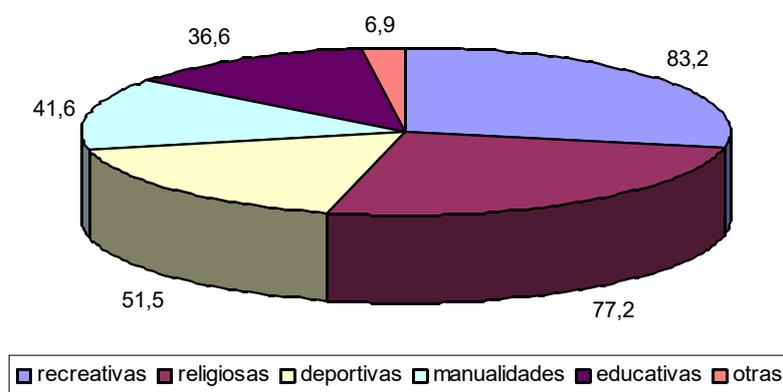
Chang, et. al. (2003), Sörensen y Pinquart (2001) destacan que las personas mayores de 80 años de edad tienen mayores necesidades que aquellas con menor edad, particularmente en términos de la dependencia física.

Inga y Vara (2002) observaron que la edad del adulto(a) mayor se asocia directamente con la dependencia social o incapacidad física. Concordando con que a mayor edad, mayor dependencia social por incapacidad física. Pues con los años, las

limitaciones físicas generan que el adulto(a) mayor dependa de algún familiar u otra persona para realizar ciertas actividades.

Por otra parte, en el cuestionario también se indagó acerca de la realización de diversas actividades por parte de las personas adultas mayores. Al respecto se halló que el 83.2% de los(as) participantes del estudio realizan actividades recreativas, 77.2% realizan actividades religiosas, 51.5% hace algún tipo de actividad deportiva, 41.6% hacen trabajo manual, 36.6% asisten o realizan actividades educativas y 6.9% realiza otras actividades (escribir libros, hacer poemas, actividades musicales, bailar, entre otras).

Gráfico 25: Tipo de actividades realizadas por los adultos mayores



Asimismo en promedio, las personas entrevistadas realizan tres tipos de actividades diferentes, la mayoría de las mujeres (62.8%) realiza entre 3 y 4 actividades, y la mayoría de los hombres (53.8%) realiza entre 2 y 3 actividades. Esto en cuanto a la escala total de actividades.

Inga y Vara (2002) destacan la diferencia entre hombres y mujeres en la realización de actividades, donde las mujeres realizan más actividades que los

hombres. Lo mismo fue observado por Bonilla (1995) quien manifiesta que “el 80% de los que participan en actividades son mujeres”. (p. 99)

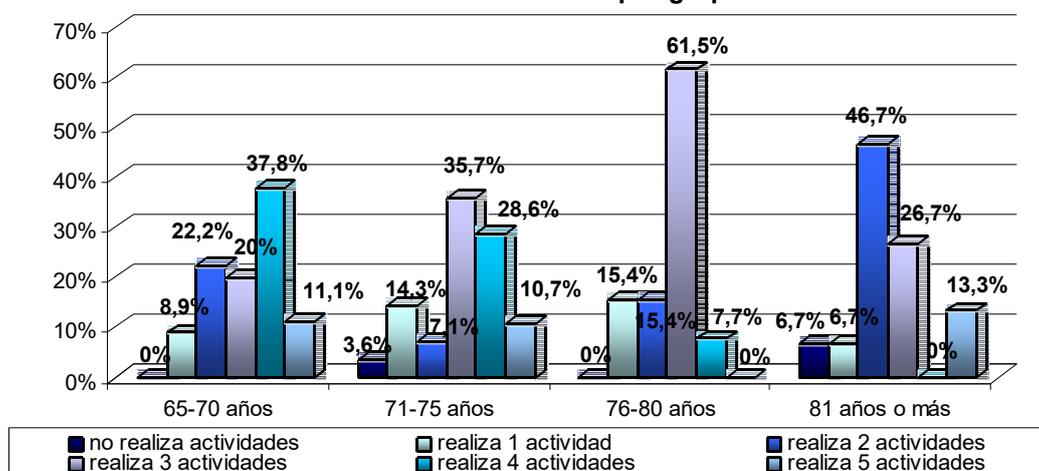
Tabla 19: Correlación entre la edad y total de actividades realizadas por la persona adulta mayor

		Total de actividades que realiza
Edad del entrevistado(a)	Pearson Correlation	-,227
	Sig. (2-tailed)	,023

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Por su parte, al cruzar esta escala con la edad del entrevistado(a) se apreció una correlación negativa baja de $r=-0.227$, aunque sí significativa y por tanto generalizable a la población ($p= 0.023$). Así, a mayor edad, menor número de actividades realizadas, siendo más activos las personas más jóvenes.

Gráfico 26: Total de actividades por grupo de edad



De las personas con edades entre 65 y 70 años, un 84.4% realiza actividades recreativas, mientras que un 66.6% de las personas con 80 y más años realiza estas mismas actividades. Con respecto a las actividades deportivas se encontró que de las personas entre 65 y 70 años de edad un 64.4% sí las realiza, únicamente un 20% de las personas de 80 y más años practica algún deporte. Un 51.1% de las personas entre 65

y 70 años hace o participa de actividades educativas, mientras que éstas actividades son realizadas sólo por el 20% de las personas con más de 80 años. Un 42.2% de las personas con edades comprendidas entre 65 a 70 años hace algún tipo de trabajo manual, disminuyendo a un 26.6% para las personas de 80 años y más. Al contrario, las actividades de carácter religioso, son practicadas por el 73.3% de los sujetos con edades que oscilan entre los 65 y 70 años, mientras el 93.3% de las personas con 80 y más años participan de estas.

Oddone (2001) y García (2002) destacan también este mismo hallazgo, manifestando que en términos generales, conforme avanza la edad, disminuye la actividad y aumenta la dependencia en los y las adultos mayores.

Entre el total de variables relacionadas con actividades y padecimiento de enfermedades por parte del adulto mayor, se obtuvo una correlación negativa baja de -0.205 (r de Pearson) con un valor p de 0.040 indicando que las personas que padecen de al menos de una enfermedad tienden a realizar menos actividades que aquellas que no padecen ninguna enfermedad. El nivel de salud puede influir en la realización de actividades en la vejez.

Nué (2001) añade que la realización de actividades tiene una influencia directa en la salud, pues existe un nexo natural entre ambas. Con el paso de los años las limitaciones producidas por la pérdida de fuerza física se incrementan, por lo que las actividades realizadas deben ajustarse a las necesidades y capacidades del adulto mayor. Las limitaciones físicas, y la disminución de la fuerza conlleva a la

disminución de la actividad, y esto a su vez lleva a una disminución de la motivación para vivir en detrimento de la satisfacción.

Beckett, et. al. (2002) concuerdan en que la autopercepción del estado de salud se correlaciona altamente con la pérdida de habilidades, así una persona que conciba su salud como deficiente, tenderá a ser más dependiente de las personas para realizar actividades diarias (higiénicas, caseras, y el salir solo/a).

Al cruzar las escalas de autonomía e independencia con el total de actividades realizadas por la persona adulta mayor, se encontró una relación significativa $r= 0.234$ y $p=0.019$. Lo cual indica que si la persona adulta mayor es autónoma e independiente realizará mayor número de actividades.

La realización de actividades se asocia con la dependencia social por incapacidad. Si el geronte tiene pocas limitaciones físicas, sus posibilidades de participar en actividades sociales y recreativas son mayores. (Inga y Vara, 2002)

Tabla 20: Correlación entre el total de actividades y padecimiento de enfermedades y la escala de autonomía e independencia

		Total de actividades que realiza
Padece usted de alguna enfermedad	Pearson Correlation	-,205
	Sig. (2-tailed)	,040
Escala de autonomía e independencia	Pearson Correlation	,234
	Sig. (2-tailed)	,019

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

3.6. Interiorización de Estereotipos Negativos de la Vejez

Para valorar la interiorización de los estereotipos negativos entorno a la vejez, se utilizó un diferencial semántico, en el que se colocaban características de las personas mayores de 65 años. Los entrevistados debían escoger el calificativo que según su opinión mejor describiera a las personas adultas mayores. A continuación se presenta un cuadro con las respuestas de los y las gerontes ante estas preguntas.

**Tabla 21: Porcentajes de frecuencia de respuestas ante pregunta:
¿según su opinión las personas adultas mayores son...?**

Muy fuertes	30%	Fuertes	34%	Débiles	21%	Muy débiles	15%
Muy activos	36%	Activos	24%	Pasivos	25%	Muy pasivos	15%
Muy útiles	65%	Útiles	28%	Inútiles	2%	Muy inútiles	5%
Muy amistosos	64%	Amistosos	28%	Pocas amistades	5%	Sin amistades	3%
Muy saludables	26%	Saludables	27%	Enfermizos	21%	Muy enfermizos	26%
Muy Felices	43%	Felices	27%	Tristes	17%	Muy tristes	13%
Muy divertidos	44%	Divertidos	29%	Aburridos	18%	Muy aburridos	9%
Muy rápidos	16%	Rápidos	15%	Lentos	25%	Muy lentos	44%

En cuanto a la fuerza-debilidad de las personas adultas mayores, la mayoría de los y las respondientes (34%) consideran o califican a los demás adultos(as) mayores de fuertes y muy fuertes (30%). Con respecto al nivel de actividad-pasividad los entrevistados(as) consideran a los y las gerontes en general como muy activos (36%), lo mismo sucede con útiles-inútiles, donde la mayoría (65%) califican de muy útiles a los sujetos mayores de 65 años de edad. Además, el 64% considera que son muy amistosos(as). La mayoría de las personas (43%) considera que las personas adultas mayores son muy felices y muy divertidos (44%), a su vez el 44% piensa que las personas adultas mayores son muy lentas. Con respecto a la salud-enfermedad se encuentran porcentajes muy similares en cuanto a quienes califican a los mayores de saludables (27%), muy saludables (26%) y muy enfermizos (26%).

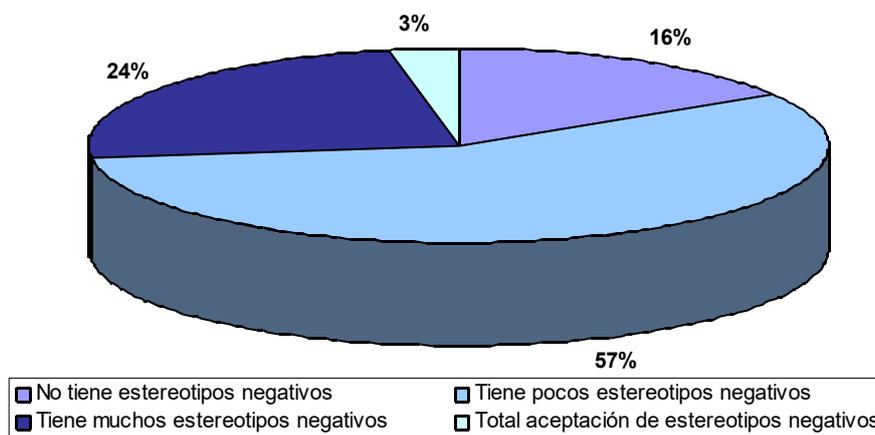
En el estudio de Inga y Vara (2002) se halló que en términos generales los y las senescentes, se definen como seguros, felices y cálidos, principalmente. En cuanto al sexo, existe diferencias, los hombres se describen a sí mismos como pasivos, mientras las mujeres como tensas y solitarias.

Tabla 22: Porcentaje de Aceptación de Estereotipos Negativos de la Vejez

	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
No tiene estereotipos negativos	16%	16%
Tiene pocos estereotipos negativos	57%	73%
Tiene muchos estereotipos negativos	24%	97%
Total aceptación de estereotipos negativos	3%	100%
Total	100%	

En términos generales, pareciera que el grupo de personas adultas mayores no poseen ningún estereotipo negativo de la vejez o tienen pocos (73%). Sólo el 3% de la muestra presenta una total aceptación o interiorización de los estereotipos negativos.

Gráfico 27: Aceptación o interiorización de estereotipos negativos de la vejez



El observar que en la muestra la mayoría de las personas respaldan poco los estereotipos negativos de la vejez, hace pensar que posiblemente están empleando como mecanismo para no verse afectados por los mismos, el rechazar la información estereotipada de la vejez y por el contrario adoptar una visión positiva de esta etapa y

de los adultos mayores en general, de esta manera protegen su auto imagen, lo que contribuye en su satisfacción. (Pinquart, 2001).

Tabla 23: Respaldo a estereotipos negativos de la vejez por grupo de edad

Respaldo a estereotipos negativos				
Edad del entrevistado(a)	No tiene estereotipos	Tiene pocos estereotipos	Tiene muchos estereotipos	Total aceptación de estereotipos
65-70 años	5	30	9	1
	11,1%	66,7%	20,0%	2,2%
71-75 años	5	11	9	2
	18,5%	40,7%	33,3%	7,4%
76-80 años	4	5	4	0
	30,8%	38,5%	30,8%	,0%
81 años o más	2	11	2	0
	13,3%	73,3%	13,3%	,0%

Al comparar los grupos de edad en cuanto al respaldo a los estereotipos negativos de la vejez se presenta como tendencia central dar poco respaldo a esos estereotipos.

Tabla 24: Respaldo a estereotipos negativos por sexo

Respaldo a estereotipos negativos				
Sexo del entrevistado(a)	No tiene estereotipos	Tiene pocos estereotipos	Tiene muchos estereotipos	Total aceptación de estereotipos
Femenino	9	38	14	1
	14,5%	61,3%	22,6%	1,6%
Masculino	7	19	10	2
	18,4%	50,0%	26,3%	5,3%

Según el sexo, el 61.3% de las mujeres tiene poco respaldo a los estereotipos negativos de la vejez, igualmente sucede con los hombres, de los cuales la mayoría (50%) tienen pocos estereotipos negativos interiorizados.

Al relacionar el sexo del entrevistado con el respaldo al estereotipo de que los y las adultos mayores son inútiles, se encontró que a pesar de que ambos grupos tienen una percepción de los(as) adultos mayores como muy útiles (69.4% mujeres y 57.9%

los hombres), en las categorías útiles, inútiles y muy inútiles, es mayor el porcentaje de hombres que apoyan estos calificativos, por lo que se puede pensar que los hombres tienen una concepción más negativa que las mujeres con respecto a la utilidad, lo cual se podría explicar debido a que los hombres al jubilarse o dejar de trabajar, desisten de realizar actividades y tienden a verse a sí y a los demás adultos mayores como menos útiles, mientras que las mujeres siguen desempeñando diversas tareas en el hogar, por lo que siguen sintiéndose y perciben a otros como muy útiles.

Otro aspecto importante de considerar es la diferencia por sexo que se presenta al respaldar el estereotipo de que los adultos mayores son enfermizos, de manera que las mujeres tienden a apoyar este estereotipo, calificándose a sí mismas y a los demás adultos mayores como sujetos con deficiente salud, mientras que los hombres tienden a tener una visión de los adultos mayores como saludables. Lo cual podría deberse a que las mujeres viven más años, pero esto no garantiza que con mejor salud. Al respecto Huechuán (2001) señala que los años de más para las mujeres en muchos casos no significan una ventaja sino más bien pueden caracterizarse por enfermedad, pobreza, dependencia y soledad.

Otra diferencia que se debe resaltar es el hecho de que las mujeres tienden a tener una visión de que los adultos mayores son muy activos, en contraposición a los hombres que los califican de pasivos, lo cual podría tener relación con que las mujeres participan más en actividades que los hombres, lo cual hace que se conciban como más activas (Inga y Vara, 2002 y Bonilla, 1995). Al realizar una correlación entre estas variables, se detectó una r de Pearson de 0.205 y una $p= 0.041$.

Tabla 25: Respaldo a estereotipos negativos de la vejez y sexo del entrevistado(a)

	Inútiles		Enfermizos(as)		Pasivos(as)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Mucha aceptación	7,9%	3,2%	23,7%	27,4%	18,4%	12,9%
Mediana aceptación	2,6%	1,6%	21,1%	21,0%	34,2%	19,4%
Poca aceptación	31,6%	25,8%	28,9%	25,8%	23,7%	24,2%
Ninguna aceptación	57,9%	69,4%	26,3%	25,8%	23,7%	43,5%

Tabla 26: Correlación respaldo a estereotipo de que adultos(as) mayores son pasivos y sexo

Respaldo a estereotipo negativo de que los y las adultos mayores son pasivos	Sexo del entrevistado(a)	
	Pearson Correlation	
Sig. (2-tailed)		,041

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

En el caso del respaldo a estereotipo de que adultos(as) mayores son aburridos(as), se encontró una diferencia según el nivel educativo, donde a mayor nivel educativo, mayor respaldo al estereotipo de que los y las adultos mayores son aburridos ($r= 0.224$ y $p=0.025$).

Tabla 27: Correlación respaldo a estereotipo de que adultos mayores son aburridos y nivel educativo

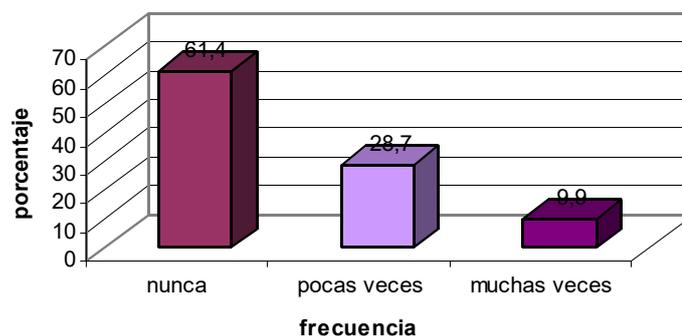
Respaldo a estereotipo negativo de que los y las adultos mayores son aburridos(as)	Nivel Educativo	
	Pearson Correlation	
Sig. (2-tailed)		,025

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

3.7. Percepción de la Discriminación

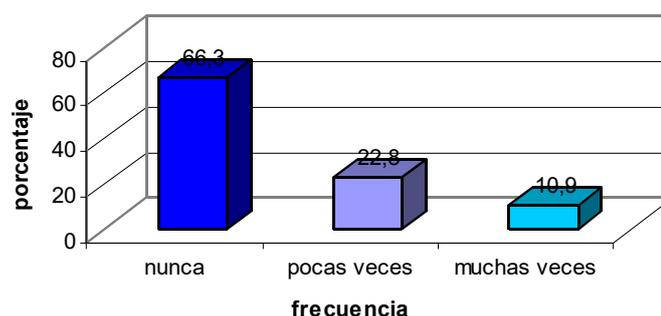
Al preguntar a las personas con qué frecuencia se ha sentido discriminado(a) o tratado(a) injustamente por ser una persona adulta mayor, el 61.4% dijo que nunca, el 28.7% pocas veces y el 9.9% muchas veces. En el ítem con qué frecuencia las personas o instituciones han violentados sus derechos por ser una persona adulta mayor, el 66.3% expresó que nunca, el 22.8% pocas veces y un 10.9% muchas veces.

Gráfico 28: Frecuencia con que el adulto mayor se ha sentido discriminado por ser mayor de 65 años



Al realizar estas preguntas, las personas manifestaron haberse sentido discriminadas o violentadas ante diversas situaciones, sin embargo, se dio una tendencia general a referir situaciones que habían vivido especialmente con el transporte público, específicamente el servicio de autobuses. Los respondientes denunciaron que algunos choferes de autobuses no aceptan los tiquetes de ciudadano(a) de oro, no hacen parada a las personas adultas mayores que quieren subir o utilizar el servicio, además, señalan que las condiciones de los autobuses no se adaptan a sus necesidades (gradas muy altas, poco espacio) y no se respetan los asientos preferenciales.

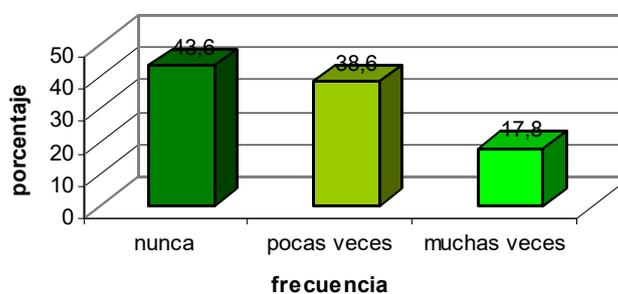
Gráfico 29: Frecuencia con que el adulto mayor ha sentido que sus derechos han sido violentados por ser mayor de 65 años



Pochtar y Pszemiarower (2002), concuerdan en que las personas adultas mayores, al ser aglomerados en una categoría social a partir de su edad, en muchas ocasiones sufren de un trato diferencial, el cual se torna discriminatorio, violentando los derechos de esta población.

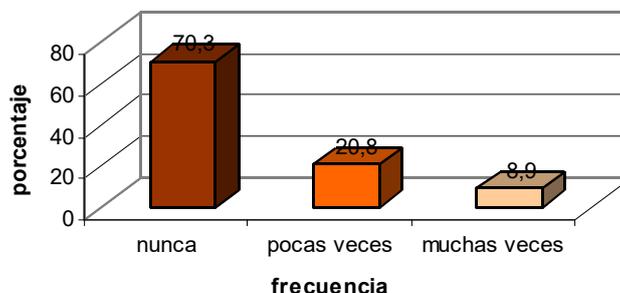
Otro ítem del apartado percepción de la discriminación del cuestionario hacía referencia a la frecuencia con la cual había escuchado personas haciendo chistes o bromas sobre las personas adultas mayores o había recibido insultos por este mismo motivo. Un 43.6% contestó que nunca, un 38.6% pocas veces y 17.8% muchas veces.

Gráfico30: Frecuencia con que el adulto mayor ha escuchado bromas o chistes o ha sido insultado por ser una persona adulta mayor.



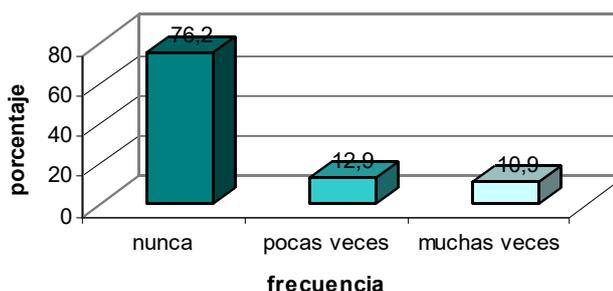
Al preguntar si les habían dicho que las personas de su edad no pueden realizar ciertas actividades (deportivas, educativas, etc), el 70.3% respondió que nunca le habían dicho eso, 20.8% pocas veces se lo han dicho y un 8.9% muchas veces.

Gráfico31: Frecuencia con que el adulto mayor le han dicho que no puede realizar diversas actividades.



Un 76.2% manifestó nunca haber sentido que lo traten como a un niño(a) pequeño(a) y no como a una persona adulta, mientras un 12.9% sí lo ha sentido pero pocas veces y un 10.9% muchas veces ha sentido que las personas lo tratan como un infante.

Gráfico 32: Frecuencia con que el adulto mayor ha sentido que lo tratan como a un niño pequeño.



Se realizó una correlación entre los cinco ítem del instrumento referentes a la percepción de la discriminación, encontrándose que hay una correlación positiva moderadamente alta (*r de Pearson 0.416 y p de 0.000*) entre la frecuencia con que la persona se ha sentido discriminado y la frecuencia con que han violentado sus

derechos. Así quienes se han sentido discriminados también sienten que sus derechos han sido violentados ya sea por personas o instituciones.

También se encontró una relación ($r=0.369$) entre percepción de discriminación y la frecuencia con que se le ha dicho que no puede realizar algún tipo de actividades, la que fue de 0.000 . Es decir, a mayor frecuencia con la que se ha sentido discriminada la persona adulta mayor, con mayor frecuencia le han dicho que no puede realizar actividades.

Otra relación hallada se da entre la frecuencia con que a las personas mayores de 65 años de edad se les ha dicho que no pueden realizar actividades y la frecuencia con que han escuchado bromas y chistes o le han insultado por ser una persona adulta mayor ($r = 0.354, p 0.000$). También la frecuencia con que instituciones o personas han violentado los derechos de las personas adultas mayores correlaciona positivamente ($r = 0.307, p 0.002$) con la frecuencia con la que se les ha dicho que no pueden realizar actividades.

Una relación importante es la que se da entre la frecuencia con que las personas adultas mayores se les dice que no pueden realizar actividades y el sentimiento de que son tratados como un niño o niña ($r = 0.265, p 0.007$). De manera que a quienes se les niega o dice que no pueden hacer ciertas actividades son aquellos a los que se les tiende a infantilizar.

Tabla 28: Correlaciones entre las variables de discriminación

	Le han dicho que las personas de su edad no pueden realizar diversas actividades	Frecuencia con que han violentado sus derechos por ser una persona adulta mayor
Con qué frecuencia se ha sentido discriminado(a), tratado injustamente por ser una persona adulta mayor.	Pearson Correlation	,369
	Sig. (2-tailed)	,000
Ha escuchado personas haciendo chistes o bromas sobre las personas adultas mayores o lo han insultado	Pearson Correlation	,354
	Sig. (2-tailed)	,000
Con qué frecuencia las personas o instituciones han violentado sus derechos por ser una persona adulta mayor.	Pearson Correlation	,307
	Sig. (2-tailed)	,002
Ha sentido que lo tratan como a un niño(a) y no como a una persona adulta.	Pearson Correlation	,265
	Sig. (2-tailed)	,007

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Por otra parte, se encontró que hay una diferencia por edad en cuanto a la frecuencia con que las personas mayores sienten que son tratados(as) como infantes (*valor p de la chi-cuadrada=0.029*), de manera que, las personas con mayor edad tienen a sentirse con mayor frecuencia tratadas como niños(as) pequeños(as). En el gráfico n° 33 se observa una tendencia a aumentar el número de senescentes que consideran sentir que son tratados como niños(as) conforme va aumentando la edad de los mismos.

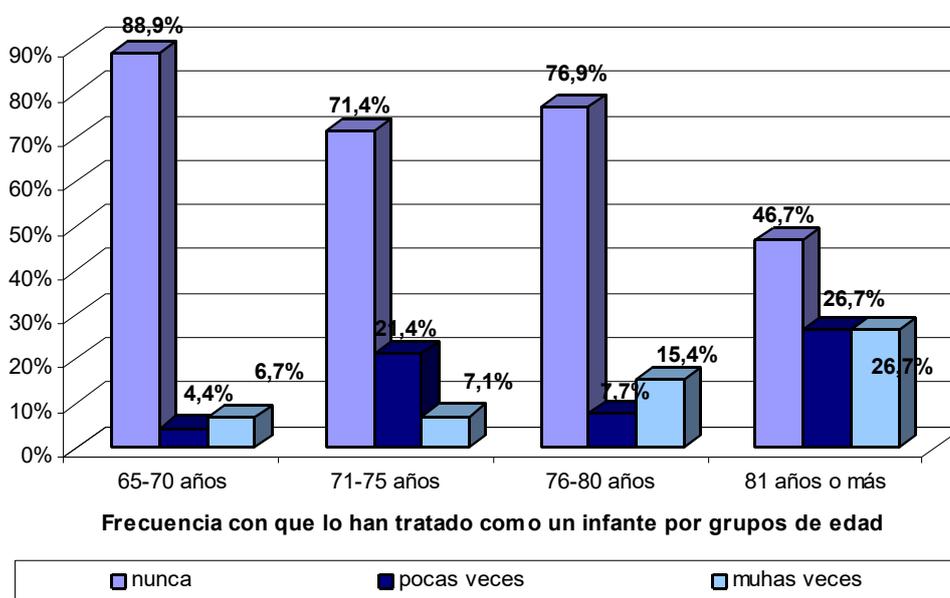
Lo cual se puede deber a que conforme avanza la edad, hay un declive en las actividades y una mayor dependencia, lo que hace que las atenciones hacia el adulto o adulta mayor lo hagan sentirse tratado como un infante. Asimismo, puede suceder que al considerar que el o la senescente no puede realizar determinada actividad, las personas tiendan a percibir a éste como incapaz de hacer otras cosas, infantizándolo(a) y limitando aún más sus posibilidades de acción.

Tabla 29: Chi-cuadrada entre sentirse tratado como un niño y edad

	Value	df	Asymp. Sig. (2-
Pearson Chi-	14,08 ^a	6	,029
Likelihood	13,55	6	,035
Linear-by- Associatio	8,891	1	,003
N of Valid	101		

a. 7 cells (58,3%) have expected count less than minimum expected count is

Gráfico 33: Frecuencia con que ha sentido que lo tratan como un niño(a) pequeño(a) por grupos de edad



Sánchez, et. al. (2002) manifiestan que la sobreprotección hacia los y las adultos mayores es una forma frecuente de discriminación, la cual conlleva a una disminución de la capacidad y un incremento de la dependencia, debido al impedimento de la realización de actividades por parte de sus familiares u otras personas, quienes los consideran poco útiles, enfermizos(as).

El infantilismo propone que los viejos vuelven a ser niños y hay que tratarlos como tales. Por eso se les cuida y se les vigila y se decide por ellos(as). Esta condición lleva de suyo una actitud de conmiseración y lastimosamente, las mismas personas de edad la van asumiendo como una verdad absoluta. (Márquez, 2004, p.6)

Este mismo sentimiento de ser tratado como niños(as), se presenta diferente según el sexo. Los hombres tienden a sentirse tratados como niños en mayor proporción que las mujeres, lo cual podría deberse a que los hombres al jubilarse, dejar de trabajar, va disminuyendo el número de actividades, por lo que la familia lo percibe como menos activo y lo trata como a un niño, mientras que las mujeres sigue realizando tareas domésticas y se mantienen activas, por lo que la familia las considera muy útiles y las infantiliza menos. La correlación indica una $r= 0.198$ y $p= 0.047$.

Tabla 30: Correlación sexo y sentimiento de ser tratado como un niño(a)

Ha sentido que lo tratan como a un niño(a) y no como a una persona adulta.	Sexo del entrevistado(a)	
	Pearson Correlation	,198
Sig. (2-tailed)	,047	

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

3.8. Satisfacción en la Vejez

Tabla 31: Porcentaje de respuestas a los ítems de la Escala de Satisfacción

Ítems de la Escala de Satisfacción		NO	SI
1. ¿A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted?		60.4	39.6
2. ¿Tiene usted tanta energía como el año pasado?		44.6	55.4
3. ¿Se siente usted solo?		59.4	40.6
4. ¿Le molestan más ahora las cosas pequeñas que antes?		63.4	36.6
5. ¿siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil?		63.4	36.6
6. ¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?		54.5	45.5
7. ¿Según se va haciendo mayor, las cosas son: mejor, peor, igual de lo que usted pensó que serían.	Mejor 36.6	Igual 45.5	Peor 17.8
8. ¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida?		82.2	17.8
9. ¿Ahora es usted tan feliz como cuando era más joven?		20.8	79.2
10. ¿Tiene muchas razones por las que estar triste?		68.3	31.7
11. ¿Tiene miedo de muchas cosas?		74.3	25.7
12. ¿Se siente más irascible (irritable) que antes?		70.3	29.7
13. ¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?		66.3	33.7
14. ¿Cómo está de satisfecho con su vida ahora?	Insatisfecho 6.9	Satisfecho 93.1	
15. ¿Se toma las cosas a pecho?		45.5	54.5
16. ¿Se altera o disgusta fácilmente?		63.4	36.6

Con respecto a la variable nivel de satisfacción en la vejez se encontró que para la pregunta a medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted, un 60.4% respondió que no, y un 39.6% sí. Ante la pregunta tiene usted tanta energía como el año pasado un 55.4% contestó que sí y un 44.6% no.

Para los ítem se siente usted solo, un 59.4% dijo que no y un 40.6% dijo que sí, le molestan más ahora las cosas pequeñas que antes un 63.4% considera que no y un 36.6% sí. Por su parte, el 63.4% no siente que conforme se va haciendo mayor sea menos útil, mientras que un 36.6% sí percibe esto.

Se encontró, que un 45.5% considera a veces está tan preocupado que no puede dormir, mientras a la mayoría (54.5%) esto no le sucede. Para la pregunta según se va haciendo mayor las cosas son para usted mejor, peor o igual de lo que pensó que

serían, se observa que un 36.6% de las personas adultas mayores manifiesta sentirse mejor, un 45.5% igual y un 17.8% peor.

El 17.8% a veces siente que la vida no merece la pena ser vivida, mientras el 82.2% no lo considera. El 79.2% de las personas adultas mayores coinciden con que ahora son tan felices como cuando eran más jóvenes, por su parte el 20.8% no lo cree así. Ante el ítem tiene muchas razones para estar triste, 31.7% consideran que sí y 68.3% que no.

El 74.3% no tiene miedo de muchas cosas, pero el 25.7% sí lo tiene. En el caso de las preguntas se siente más irritable que antes, 70.3% no lo siente y un 29.7% sí; además el 33.7% respondió que la mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil, mientras el 66.3% no considera que la vida sea dura ni difícil.

Un 54.5% se toma las cosas a pecho, y un 45.5% no lo hace. La mayoría de los y las senescentes (63.4%) entrevistados no se altera ni disgusta fácilmente, pero un 36.6% sí lo hace. Por último, con respecto al ítem cómo está usted de satisfecho con su vida ahora, el 93.1% de la muestra expresó sentirse satisfecho, mientras el 6.9% no está satisfecho.

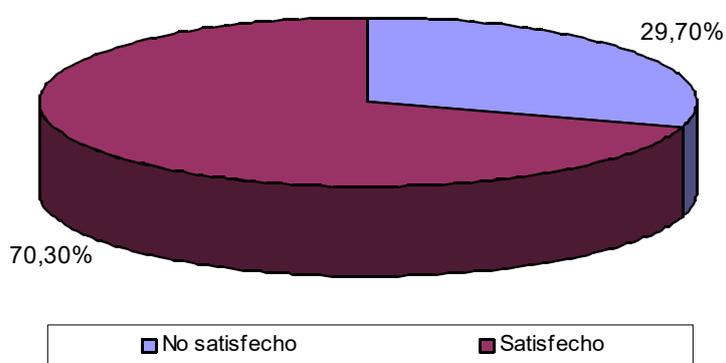
Como se explicó en la metodología, las respuestas dadas por los y las personas mayores de 65 años de edad a todas estas preguntas, se unen para conformar una escala que mide el nivel de satisfacción en la vejez (Escala de Satisfacción de Filadelfia de Lawton, 1972, adaptación de Montorio, 1994). De tal manera los

entrevistados y las entrevistadas obtienen un puntaje que indica su nivel de satisfacción. A partir de dichos valores se obtiene que el 70.3% de las personas se encuentran satisfechas, mientras el 29.7% no se encuentran satisfechas.

Tabla 32: Satisfacción Personal en la Vejez

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	30	29,7%
Satisfecho	71	70,3%
Total	101	100%

Gráfico 34: Nivel de Satisfacción en la Vejez



Al cruzar la variable edad con las diversas preguntas de la escala de satisfacción, se obtuvo que ésta se relaciona con el sentir que las cosas se ponen peor, se es menos útil, que se es tan feliz como cuando joven y con el tomarse las cosas a pecho. De esta manera, a más edad mayor probabilidad de que la persona adulta mayor considere que las cosas son peor ($r=-0.202$, $p=0.043$), piensa que es menos útil ($r=-0.299$, $p=0.002$), piensa que no es tan feliz como cuando era joven ($r=-0.258$, $p=0.009$), y con mayor frecuencia se toma las cosas a pecho ($r=-0.222$, $p=0.025$).

Tabla 33: Correlación entre edad y preguntas escala de satisfacción

		Edad del entrevistado(a)
Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil	Pearson Correlation	-,299
	Sig. (2-tailed)	,002
Ahora es tan feliz como cuando era más joven	Pearson Correlation	-,258
	Sig. (2-tailed)	,009
Se toma las cosas a pecho	Pearson Correlation	-,222
	Sig. (2-tailed)	,025
A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted	Pearson Correlation	-,202
	Sig. (2-tailed)	,043

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Al correlacionar el sexo con los ítems de la escala de satisfacción se obtuvo una diferencia entre hombres y mujeres en cuanto al sentirse solo, el no poder dormir por estar preocupado, y el tener miedo de muchas cosas. Los hombres manifiestan con mayor frecuencia que las mujeres, no sentirse solos ($r=0.200$, $p=0.045$), que no tienen problemas para dormir ($r=0.235$, $p=0.018$). Las mujeres manifiestan que tienen miedo a muchas cosas ($r=0.281$, $p=0.004$).

Tabla 34: Correlación entre sexo y preguntas de la escala de satisfacción

		Sexo del entrevistado(a)
Se siente usted solo	Pearson Correlation	,200
	Sig. (2-tailed)	,045
A veces está tan preocupado que no puede dormir	Pearson Correlation	,235
	Sig. (2-tailed)	,018
Tiene miedo de muchas cosas	Pearson Correlation	,281
	Sig. (2-tailed)	,004

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4. Correlaciones

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos a partir de las correlaciones entre el nivel de satisfacción con la vida durante la etapa de la vejez (variable dependiente) y las condiciones de vida de la persona adulta mayor (variables independientes del estudio).

4.1. Variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel educativo y estado civil

De acuerdo a los resultados de los procedimientos estadísticos no hay relación entre el nivel de satisfacción en la vejez y las variables sociodemográficas, edad, sexo, nivel educativo y estado civil del senescente. Es decir, no hay diferencias por edad, ni entre hombres y mujeres, con respecto a la satisfacción en la vejez. Tampoco hay diferencias entre las personas mayores de 65 años con mayor y menor nivel educativo, esto con respecto a la variable dependiente nivel de satisfacción.

Por lo tanto, no se confirmó la hipótesis experimental de que las mujeres presentan un mejor nivel de satisfacción en la vejez que los hombres. Asimismo se niega la hipótesis de que existen diferencias en el nivel de satisfacción según la edad.

Fernández-Ballesteros (1998) no encontró diferencias en el nivel de satisfacción por edad y sexo. Türküm (2005) tampoco encontraron relación entre el sexo y el nivel de enseñanza en la satisfacción en la vejez. Es decir, estas variables no contribuyeron perceptiblemente en bienestar subjetivo de la persona adulta mayor.

En el presente estudio no se determinó la existencia de diferencia en el nivel de satisfacción en la vejez para los gerontes casados(as), solteros(as), viudos(as), divorciados(as) y en unión libre. De manera que no se halló una relación significativa entre el estado civil y la satisfacción vital en la vejez.

Sin embargo, otras investigaciones sí han encontrado diferencias entre estos grupos, por lo que se considera pertinente el realizar más estudios de esta índole con el fin de verificar y valorar si en nuestro contexto la edad, sexo, nivel educativo y estado civil no son muy relevantes en la determinación del nivel de satisfacción en la vejez.

Por ejemplo, Türküm (2005) observó que el estado civil se relaciona con el nivel de satisfacción en la vejez. Para Nué (2001) el estado civil influye directamente en el bienestar del adulto mayor, de manera que los sujetos viudos(as) presentan niveles más bajos de satisfacción con la vida. Ello debido a la soledad producida por la pérdida de la pareja. Por el contrario, “los ancianos solteros parecen tener una visión más positiva de la vida, tal vez por contar con estrategias para lidiar con la soledad”. (Vela, et. al., 2002, p.53)

De manera análoga Fernández-Ballesteros (2002) manifiesta que “cuando se alcanza mucha edad, algunos amigos, tal vez nuestra pareja, han muerto, y con la jubilación perdemos a nuestros compañeros de trabajo. Todo ello hace que algunas personas se retraigan socialmente y se conviertan en seres pasivos... ello, sin lugar a dudas, es una de las fuentes de insatisfacción más importantes en la vejez y es el desencadenante de la soledad” (Fernández-Ballesteros, 2002, p.50). De modo que la

edad, el ser viudo(a) y estar jubilado(a), pueden convertirse en fuentes de insatisfacción para algunas personas.

Con respecto a la variable género, estudios (Smith, et. al., 2004) han encontrado que las mujeres expresan niveles más bajos de satisfacción con la vida en comparación con los hombres. Smith, et. al. (2004) manifiesta que la edad avanzada reduce la calidad de la vida de los y las adultos mayores y por ende su nivel de satisfacción, contrariamente Kitamura, et. al, (2002) hallaron que la satisfacción con la vida y la confianza en sí mismos eran mejores en la gente mayor que en los(as) jóvenes.

Por último, cabe resaltar que aunque en el presente estudio no se encontraron relaciones significativas entre el nivel de satisfacción y la edad, el género, nivel educativo y el estado civil, esto podría deberse a que el tamaño de la muestra es relativamente pequeño (mínimo recomendado para realizar análisis estadísticos) no permitiendo que haya mucha variabilidad en la población. Por lo cual se recomienda estudiar estas variables en otras investigaciones con muestras de mayor tamaño a la utilizada para determinar la existencia de alguna relación entre la satisfacción en la vejez y las variables sociodemográficas.

4.2. Ingresos Económicos

Los análisis estadísticos reflejan la existencia de una relación entre la variable recibe ingresos económicos y nivel de satisfacción, resultando que las personas adultas mayores que reciben ingresos económicos, se encuentran mayormente satisfechas con

su vida que aquellas que no los reciben ($r = 0.246$). Para este caso se obtuvo una p de 0.013 lo cual indica que este resultado puede ser generalizado a la población.

Tabla 35: Correlación entre el nivel de satisfacción y el recibir ingresos económicos

¿Recibe usted ingresos económicos?	Índice de satisfacción personal		
	Pearson Correlation		,246
	Sig. (2-tailed)		,013

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Esta misma relación fue encontrada por Sörensen y Pinquart (2001) y Kwee Ho, et. al. (2003), quienes destacan que para el geronte es importante saber que se cuenta con recursos económicos y sociales para hacer frente a sus necesidades y deseos.

Un análisis más psicosocial explica que lo anterior se puede deber a que el recibir ingresos económicos por parte de la persona adulta mayor hace que ésta pueda sentirse más independiente de los(as) otros. No necesitando pedir dinero a las personas para comprar sus cosas y para satisfacer sus necesidades pues cuenta con sus propios recursos. El percibirse como una persona independiente, en este caso económicamente, hace que las personas se sientan mayormente satisfechas.

Esto se refuerza al relacionar el recibir o no ingresos económicos con el sentirse tratado como un niño o niña y no como una persona adulta. Dicha relación es significativa ($r = -0.202$, $p = 0.042$) indicando que el recibir ingresos económicos hace que el adulto mayor no se sienta tratado como un niño. Se podría aseverar entonces que el cómo la persona adulta mayor se percibe (como un niño/a o como una persona adulta e independiente) y el cómo los(as) otros lo ven (y por ende lo tratan, de una

manera infantilizada o no) va a depender, en cierta medida, del contar o no con recursos económicos propios o para sí mismo(a).

Tabla 36: Correlación entre el recibir ingresos económicos y el sentirse tratado como un niño(a)

Ha sentido que lo tratan como a un niño(a) y no como a una persona adulta.	¿Recibe usted ingresos económicos?	
	Pearson Correlation	
	Sig. (2-tailed)	,042

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Cabe señalar que aunque la variable dependiente (satisfacción) se correlaciona con el recibir o no ingresos económicos, no sucede lo mismo con las variables fuente de donde recibe los ingresos económicos, ni con si considera que sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas. De esta manera se afirma la hipótesis de que el recibir ingresos económicos influye en el nivel de satisfacción en la vejez, pero se rechaza la hipótesis de que las personas quienes consideran sus ingresos cubren sus necesidades básicas se muestran más satisfechas.

Smith, et. al. (2004) y Strydom (2005), encontraron una relación entre la cantidad de ingresos recibidos y la satisfacción de manera que a menos ingresos menor satisfacción. Sin embargo, en el presente estudio, no se indagó la cantidad de ingresos, y además no hubo relación entre la satisfacción y el considerar que los ingresos satisfacen las necesidades básicas.

De tal manera a las personas adultas mayores lo que más les afecta en su nivel de satisfacción es el saber que cuenta con recursos económicos, es decir, recibir estos ingresos, sin importar de dónde provengan (pensión, familia, trabajo actual, programas sociales, etc.). El tener un ingreso económico posibilita a la persona adulta mayor a

sentir que todavía tiene la capacidad monetaria de ayudar o contribuir con los gastos de la familia, sintiéndose útil a la misma.

Para Kwee Ho, et. al. (2003), el contar con una pensión u otra fuente de ingresos fija y estable, es aspecto clave en la satisfacción en la vejez. Este recurso permite al adulto mayor poder recibir una fuente constante de ingresos después del retiro. Sin importar la cantidad de dinero recibido, el saber que se cuenta con un ingreso permanente posibilita al sujeto adulto mayor, sentirse financieramente estable y satisfecho, lo cual a su vez es un factor determinante en satisfacción de la vida.

Asimismo, el contar con ingresos propios también puede hacer que la persona adulta mayor tenga la libertad de escoger en qué gastarlos, es algo de él para cubrir sus propias necesidades y deseos. Esto nos lleva a que debido a que las personas adultas mayores en su mayoría ya no son los o las jefes(as) de hogar (principales proveedores) entonces, la preocupación porque los recursos económicos alcancen para cubrir las necesidades básicas ya no está tan presente en ellos(as) de manera que no afecta significativamente su nivel de satisfacción.

En términos generales, a pesar de que existen personas adultas mayores que son los principales proveedores de la familia (jefes de hogar), la mayoría ya no cargan con la responsabilidad de la casa e hijos(as) (estos ya están grandes y han formados sus propios hogares), de forma que esto ya no es una preocupación principal en ellos(as). Razón por la cual no se obtiene un resultado que indique que haya relación entre el

considerar si los recursos económicos satisfacen o no sus necesidades básicas y el nivel de satisfacción en la vejez.

Tabla 37: Correlación satisfacción de necesidades básicas con los ingresos percibidos y el total de actividades realizadas

		Total de actividades que realiza
Considera que sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas	Pearson Correlation	-,210
	Sig. (2-tailed)	,039

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

La tabla nº 37 muestra una relación significativa ($p=0.039$) entre el sentir que los ingresos satisfacen las necesidades básicas y la realización de actividades. De esta manera las personas que consideran que sus ingresos satisfacen sus necesidades realizan mayor número de actividades ($r= -0.210$).

Kwee Ho, et. al. (2003) manifiesta la relación entre el contar con ingresos económicos propios para el adulto mayor y la realización o participación en actividades. La libertad financiera permite al adulto mayor disponer de recursos para practicar e integrarse en diversas actividades, salir de la casa y compartir así con otras personas. Una persona sin recursos para esto, probablemente se encuentre socialmente aislada y practique menos actividades por cuanto no se cuenta con dinero para traslados, equipo, etc. pues los ingresos sólo bastan para cubrir sus necesidades básicas entre las cuales no se concibe la recreación. Actividades que implican equipo y ropa costosa pueden desalentar a los adultos mayores con menos ingresos disponibles para realizar este tipo de actividades (Musé, 2005).

4.3. Nivel de Salud

Se relacionó el nivel de satisfacción en la vejez con si la persona adulta mayor padecía o no de una enfermedad, encontrándose una relación significativa baja entre ambas ($r=-0.316$, $p=0.001$). Tal relación señala que el no padecer de ninguna enfermedad hace que aumente el nivel de satisfacción en la vejez. Esta misma relación fue registrada por Jamjan, et. al. (2002) y por Bowling, et. al. (1991) para quienes la carencia de enfermedad fue considerada como un factor influyente en la satisfacción en la vejez.

Las “enfermedades ‘reales’, permanentes o pasajeras, potencian el sufrimiento que producen tanto los dolores físicos como el hecho de no poder realizar sus actividades normalmente. Éstas influyen directamente en el bienestar.”(Nué, 2001,p.6)

Aunado a ello se encontró que en las personas adultas mayores, la manera como califican su estado de salud en comparación con otras personas de su misma edad, influye, en el nivel de satisfacción. Una mejor percepción del estado de salud conlleva a un nivel de satisfacción en la vejez mayor. El nivel de significancia para esta relación fue de 0.000 y el valor de la r de Pearson fue de -0.349 .

Kitamura, et. al. (2002) destacan que la opinión de la salud, la satisfacción con la vida y la autoestima en la vejez se correlacionan fuertemente. Por ejemplo, la gente con una buena opinión de su estado de salud, tienen una alta confianza en sí mismo y están más satisfechos con su vida.

Un buen estado de salud (no padecer de enfermedades y autopercebir la salud como buena) podría significar para el o la adulto mayor el poder realizar un mayor número de actividades y por ende también sentirse activo(a), autónomo(a) e independiente. Situación que puede estar influenciando el nivel de satisfacción en la vejez. Por su parte, el padecer de enfermedades y concebir el estado de salud como malo puede ser un obstáculo para la realización de actividades, el compartir con otras personas o el salir de casa, etc. de modo que el nivel de satisfacción se ve limitado por esta.

“Una enfermedad puede reducir nuestra movilidad y por lo tanto, las fuentes de gratificación, o nuestra autonomía, y también dependiendo de la gravedad, alteraciones emocionales”. (Fernández-Ballesteros, 2002, p.72) La manera como las personas mayores califican sus limitaciones y capacidades (personales y físicas) va a influir en la percepción de sí mismos y en su satisfacción vital. (Fernández-Ballesteros, 2002)

Por otra parte, puede estar sucediendo que las personas mayores de 65 años de edad que padecen de enfermedades y perciben su salud como deficiente, tiendan a preocuparse, sentir estrés y deprimirse por estos motivos, lo cual a su vez los lleva a tener un bajo nivel de satisfacción en la vejez.

Es importante recalcar la relación encontrada entre nivel de satisfacción en la vejez y el total de enfermedades. Para este caso se encontró una relación significativa negativa ($r=-0.380$, $p= 0.000$), a mayor cantidad de padecimientos en la vejez menor nivel de satisfacción. Bowling, et. al. (1991) reportan una asociación entre la

satisfacción vital en general y el número de padecimientos de salud, demostrando que el estado de salud pobre (con muchos padecimientos) está asociado con una pobre satisfacción vital.

Tabla 38: Correlación entre el nivel de satisfacción en la vejez y estado de salud

	Índice de satisfacción personal	
Padece usted de alguna enfermedad	Pearson Correlation	-,316
	Sig. (2-tailed)	,001
Si usted compara su salud con la de personas se su edad usted la califica de buena, regular o mala	Pearson Correlation	-,349
	Sig. (2-tailed)	,000
Total de enfermedades que padece la persona adulta mayor	Pearson Correlation	-,380
	Sig. (2-tailed)	,000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

A manera de conclusión se comprueba la hipótesis inicial del estudio de que a mejor autopercepción del estado de salud y menor padecimiento de enfermedades, mayor nivel de satisfacción en la vejez.

El análisis estadístico reflejó que no existe una relación entre la satisfacción y el tipo de enfermedad reportada por el geronte, a excepción del asma y los problemas cardíacos, ambas con una $r=-0.234$ y significancia de 0.039 , por lo que el padecimiento de estas enfermedades reduce el nivel de satisfacción.

Por otro lado, el padecer de alguna enfermedad influye en la persona adulta mayor de manera que ésta considere que conforme se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para él o ella ($r=-0.262$, $p=0.008$), sienta que tiene menos energía ($r=-0.313$, $p=0.001$), y que es menos útil ($r=-0.328$, $p=0.001$).

Correspondientemente, los datos revelaron que el padecer de alguna enfermedad tiene una relación significativa baja ($r = -0.205$) (p igual a 0.040) con el total de actividades realizadas por el geronte. De modo tal, las personas sin enfermedades realizan más actividades. Por eso para conservar una buena salud es importante mantenerse activo y tener bienestar emocional. “Un anciano enfermo no puede hacer nada, está aburrido, se deprime, y muchas veces quiere morir; mientras uno saludable puede hacer "de todo", continúa con sus actividades normalmente, y se siente bien”. (Nué, 2001, p.5)

Los sujetos(as) adultos mayores que no padecen de enfermedades, respaldan menos el estereotipo de que los y las adultos mayores son enfermizos(as), mientras quienes sí tienen enfermedades consideran que los demás senescentes son enfermizos ($r = 0.205$ y $p = 0.040$). Ello refiere a que los(as) sujetos adultos mayores, a la hora de calificar a los demás individuos de su misma edad, toman como referencia a sí mismos(as), de manera que si ellos(as) tienen una buena salud considerarán que la mayoría o todas las personas mayores de 65 años de edad son saludables también, pero si la persona padece de enfermedades, entonces seguramente dirá que la mayoría de las personas adultas mayores son enfermizos(as).

Tabla 39: Correlación entre padecer de alguna enfermedad y preguntas de la escala de satisfacción, total de actividades y respaldo al estereotipo de enfermizos(as)

	Padece usted de alguna enfermedad	
		Pearson Correlation
A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted	Sig. (2-tailed)	,008
Tiene usted tanta energía como el año pasado	Pearson Correlation	-,313
	Sig. (2-tailed)	,001
Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil	Pearson Correlation	-,328
	Sig. (2-tailed)	,001
Total de actividades	Pearson Correlation	-,205
	Sig. (2-tailed)	,040
Respaldo a estereotipo de que los y las adultos mayores son enfermizos(as)	Pearson Correlation	,205
	Sig. (2-tailed)	,040

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

El proceso de envejecimiento trae consigo una serie de cambios físicos entre los cuales se encuentra la disminución de las habilidades motoras, pérdida de la fuerza y habilidad física y la disminución de la capacidad para resistir enfermedades (Sánchez, 1990). Para Nué (2001) el identificar estas características normales y propias del proceso de envejecimiento como una enfermedad, hace que se conciba a la persona adulta mayor como enfermo.

Otra correlación significativa ($p=0.049$) identificada, se presentó entre el padecer de alguna enfermedad y la realización de actividades religiosas. Aunque esta relación es muy baja ($r=0.196$), muestra cómo los y las gerontes que padecen de enfermedades, practican actividades religiosas, se presume entonces que el padecer de alguna enfermedad en la vejez podría motivar a las personas a acercarse a Dios. García (2002) y Strydom (2005) evidencian que conforme aumenta la edad las personas adultas mayores, practican más actividades religiosas, asimismo estas actividades son más frecuentes en las mujeres.

Tabla 40: Correlación entre el total de enfermedades e ítems de la escala de satisfacción y respaldo al estereotipo de que los gerontes tienen pocas amistades

	Total de enfermedades que padece la persona adulta mayor	
A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted	Pearson Correlation	-,309
	Sig. (2-tailed)	,002
Tiene usted tanta energía como el año pasado	Pearson Correlation	-,404
	Sig. (2-tailed)	,000
Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil	Pearson Correlation	-,346
	Sig. (2-tailed)	,000
Estereotipo de que las personas adultas mayores tienen pocas amistades	Pearson Correlation	,205
	Sig. (2-tailed)	,041

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

De manera paralela, cuanto más enfermedades reportan los(as) individuos adultos mayores, más frecuentemente se presenta el sentimiento de que las cosas se

ponen peor conforme avanza la edad ($r=-0.309$, $p=0.002$), se expresa que hay una disminución de la energía ($r= -0.404$, $p=0.000$), un sentimiento de ser menos útil (*r de Pearson de -0.346 , significancia de 0.000*) y solo ($r= -0.267$, $p=0.007$).

Igualmente, los y las sujetos que presentan mayor número de enfermedades tienden a respaldar más el estereotipo de que los y las gerontes tienen pocas amistades ($r= 0.205$, $p=0.041$). Kwee Ho, et. al. (2003) destaca los factores sociales y médicos como determinantes de la satisfacción de la vida de los y las adultos mayores.

Las personas mayores de 65 años que califican su salud como buena, comparten con mayor frecuencia actividades con sus amigos(as) ($r= -0.214$, $p= 0.038$), realizan con mayor frecuencia actividades caseras ($r= -0.396$, $p= 0.000$) y hacen compras fuera de la casa ($r=-0.208$, $p=0.036$). Estos datos ejemplifican que las personas adultas mayores al no poder realizar actividades caseras y pagos fuera de la casa solos(as), perciben su estado de salud como deteriorado. Mientras que quienes realizan estas mismas actividades con frecuencia piensan que su salud es buena.

Beckett, et. al. (2002) revelan que el contacto infrecuente con los amigos(as) está asociado significativamente al estado de salud pobre. A su vez un nivel bajo de participación en actividades sociales se asocia a un estado de salud pobre. En conclusión la salud dependerá del contacto frecuente que se tenga con los amigos(as) u otras personas y de la participación en actividades.

Lo anterior se afirma con el hallazgo de que el tener una buena autopercepción del estado de salud se relaciona significativamente ($r = -0.319$, $p = 0.001$) con el índice de autonomía y con el total de actividades ($r = -0.196$, $p = 0.050$). Beckett, et. al. (2002) confirman lo anterior de manera que el cómo se perciba el propio estado de salud se correlaciona altamente con medidas de pérdida de autonomía y de padecimiento de enfermedades crónicas. A mayor autonomía y mayor número de actividades realizadas por el y la geronte, mejor calificará su propio estado de salud.

Por el contrario, al auto percibir la salud como mala se tenderá a considerar que conforme avanzan los años las cosas se ponen peor ($r = -0.281$, p significativo de 0.004), uno se siente menos útil ($r = -0.359$, $p = 0.000$), y se apoya más el estereotipo de que las personas con más de 65 años de edad son muy tristes ($r = 0.260$, $p = 0.009$).

Tabla 41: Correlación entre la auto percepción del estado de salud e ítems de la variable actividad, el sentir las cosas peor, menos útil y respaldo al estereotipo de que los gerontes son tristes

	Si usted compara su salud con la de otras personas de su edad usted la califica de buena, regular o mala	
Realiza algún tipo de actividad (física, recreativa, laboral, etc.) con sus amigos.	Pearson Correlation	-,214
	Sig. (2-tailed)	,038
Realiza tareas caseras sólo(a) (barrer, cargar cosas, etc.)	Pearson Correlation	-,396
	Sig. (2-tailed)	,000
Realiza sólo las compras y pagos fuera de casa	Pearson Correlation	-,208
	Sig. (2-tailed)	,036
Total de actividades que realiza la persona adulta mayor	Pearson Correlation	-,196
	Sig. (2-tailed)	,050
Escala de autonomía e independencia	Pearson Correlation	-,319
	Sig. (2-tailed)	,001
Según se hace mayor las cosas son mejor, peor o igual de lo que pensó que serían	Pearson Correlation	-,281
	Sig. (2-tailed)	,004
Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil	Pearson Correlation	-,359
	Sig. (2-tailed)	,000
Estereotipo de que las personas adultas mayores son: tristes	Pearson Correlation	,260
	Sig. (2-tailed)	,009

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

4.4. Sistema Familiar

En cuanto a la relación entre el nivel de satisfacción en la vejez y las variables del sistema familiar se determinó que la primera solamente se correlaciona con la escala de contención afectiva, obteniéndose un valor p de 0.019 , y una r de Pearson de 0.233 . Esta relación es baja e indica que a mayor contención afectiva recibida por parte de la familia y otros seres queridos mejor el nivel de satisfacción en la vejez. En otras palabras, si la persona adulta mayor recibe con frecuencia muestras de afecto, cariño, respeto y consideración por parte de los otros (familia, amistades, vecinos/as, etc.) tenderá a mostrar una mayor satisfacción con la vida.

Tabla 42: Correlación entre el nivel de satisfacción y la contención afectiva

		Indice de satisfacción personal
Escala de Contención Afectiva	Pearson Correlation	,233
	Sig. (2-tailed)	,019

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Este hallazgo se reafirma con los aportes de Inga y Vara (2002) acerca de la relación entre el nivel de satisfacción y la contención afectiva, considerándola como uno de los mejores predictores de la satisfacción.

Particularmente la pregunta ¿con qué frecuencia recibe caricias, besos y abrazos o palabras cariñosas de sus familiares o personas importantes? es la que más se relaciona con la satisfacción ($r=0.267$, $p=0.007$) en la vejez. Esta relación es positiva, de modo tal, recibir con mayor frecuencia muestras de cariño y afecto incidirá favorablemente en el nivel de satisfacción en la vejez.

Tabla 43: Correlación entre la satisfacción en la vejez y el recibir muestras de afecto

Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas de sus familiares o personas importantes para usted	Índice de satisfacción personal	
	Pearson Correlation	
	Sig. (2-tailed)	,007

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

El apoyo emocional, la seguridad, cuidado y afecto son aspectos fundamentales en la satisfacción en la vejez. Este afecto es dado principalmente por la familia “ya que constituye un mecanismo natural de atención y es la opción preferida por los ancianos. No debe extrañar entonces, que una alta proporción de ancianos que viven con su familia manifiesten estar satisfechos de su situación familiar”. (Inga y Vara, 2002, p.6)

La relación entre la satisfacción en la vejez con la contención afectiva recibida por parte de la familia u otras personas importantes para el gerente, fue también encontrada por Türküm (2005).

Por su parte no se observó una relación significativa entre la satisfacción y el tener hijos(as), ni la convivencia del mayor; es decir, no resultó haber diferencias en el nivel de satisfacción que presentan las personas que tienen hijos(as) y las que no, ni tampoco entre quienes viven solos, con pareja, hijos(as), nietos(as), amistades, etc. Pese a ello Inga y Vara (2002) expresan que el número de hijos vivos está asociado directamente con la satisfacción con la vida, así, mientras más hijos(as) hayan tenido las personas adultas mayores, mayor será su satisfacción por la vida.

Con respecto a la relación entre la satisfacción en la vejez y el tipo y cantidad de apoyo recibido por parte de la familia, se observó que ésta no es significativa para la muestra estudiada. De tal forma, con respecto a la satisfacción en la vejez, el

sentirse querido y recibir muestras de cariño de la familia o de otras personas es más significativo que el recibir o no apoyo económico, alimenticio, con el vestido, recreación, entre otros.

Türküm (2005); Li, et. al. (2005) y Kwee Ho, et. al. (2003) destacan el papel preponderante que juega la ayuda social e instrumental ofrecida por parte de la familia a las personas mayores en la satisfacción vital. Sin embargo, en la presente investigación la ayuda recibida de la familia no se correlacionó significativamente con la satisfacción.

Retomando todo lo anterior se rechaza la hipótesis del estudio acerca de la relación entre el nivel de satisfacción en la vejez y las variables del sistema familiar. No se estableció una relación significativa entre el vivir solo y el no recibir ningún tipo de apoyo por parte de la familia y el nivel de satisfacción. Sin embargo, se confirma la hipótesis de que las personas adultas mayores con una baja contención afectiva (no reciben besos, caricias, respeto, consideración y escucha por parte de sus familiares y personas importantes) tienen un menor nivel de satisfacción en la vejez.

Por otra parte, al cruzar la contención afectiva con las preguntas de la escala de satisfacción se encontró una relación significativa con algunas de ellas. De manera que las personas adultas mayores con altos niveles de contención afectiva se sienten tan felices como cuando eran jóvenes ($r=0.318$, $p=0.001$), no tienen muchas razones para estar tristes ($r=0.283$, $p=0.004$), se sienten satisfechos con su vida actual ($r=0.198$, $p=0.047$) y sienten que la vida merece la pena ser vivida ($r=0.268$, $p=0.007$).

Tabla 44: Correlación entre contención afectiva e ítems de la escala de satisfacción

	Escala de Contención Afectiva	
	Ahora es tan feliz como cuando era más joven	Pearson Correlation
	Sig. (2-tailed)	,001
Tiene muchas razones por las que estar triste	Pearson Correlation	,283
	Sig. (2-tailed)	,004
Cómo está de satisfecho con su vida ahora	Pearson Correlation	,198
	Sig. (2-tailed)	,047
A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida	Pearson Correlation	,268
	Sig. (2-tailed)	,007

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

El apoyo familiar se relaciona únicamente con la pregunta de la escala de satisfacción acerca de si la persona se altera o disgusta fácilmente. Las personas que tienen menor apoyo familiar tienden a alterarse fácilmente ($r=0.228$, $p=0.022$).

Tabla 45: Correlación entre apoyo familiar y alterarse con facilidad

Se altera o disgusta fácilmente	Escala o índice de apoyo familiar	
		Pearson Correlation
	Sig. (2-tailed)	,022

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

4.5. Redes Sociales

La hipótesis experimental de que las personas adultas mayores con mayor número de amigos(as) y quienes comparten actividades con las amistades; tienen un mayor nivel de satisfacción es rechazada de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación. Al correlacionar las variables número de amigos(as) cercanos al individuo adulto mayor, frecuencia con la que se reúne el geronte con sus amistades y realizar algún tipo de actividad (deportiva, educativa, recreativa) con los amigos y las amigas no correlacionó significativamente con el nivel de satisfacción. Türküm

(2005) tampoco encontró relación entre la cantidad de amistades y la satisfacción en la vejez.

Por su parte, el sentir que los(as) amigos(as) lo aprecian y quieren sí correlacionó con el nivel de satisfacción en la vejez ($r=0.264$). En este caso la relación es significativa al alcanzar una p de 0.010 , indicando que el sentirse querido y apreciado por los(as) amigos(as) influye en un mejor nivel de satisfacción en la vejez. De tal modo se afirma la hipótesis de los sujetos que se sienten apreciados(as) y queridos(as) por las amistades tienen un mayor nivel de satisfacción.

Tabla 46: Correlación entre la satisfacción en la vejez y el sentirse querido por las amistades

		Índice de satisfacción personal
Siente que sus amigos lo aprecian y quieren	Pearson Correlation	,264
	Sig. (2-tailed)	,010

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Este hallazgo refuerza lo señalado por la OPS (1992) cuando afirma que “más que el número de contactos sociales es importante la calidad de los mismos, y recordar la importancia que tienen para los ancianos la compañía, el apoyo, el afecto de los parientes y los amigos. En este sentido, el fortalecimiento de lazos familiares, las visitas y los cuidados periódicos, y la participación en actividades comunitarias, son estrategias muy útiles para eliminar o aliviar la soledad y el aislamiento y promover la efectiva integración de los ancianos.” (OPS, 1992, p.22)

Por ende, lo importante no es la cantidad, sino la calidad de la amistad. Pareciera, de acuerdo con los datos observados, que las personas adultas mayores valoran más el sentirse querido(a) y apreciado(a), es decir, contar por lo menos con una persona que se preocupa por ellos(as), que el tener muchos contactos con personas

pero de carácter superficial donde no se establece un vínculo afectivo verdadero. Aún cuando el número de amistades no sea muy amplio, o no se comparte con frecuencia con los(as) amigos(as), el saber que se tiene a alguien(es) que lo quiere y en quien confiar hace que nos sintamos satisfechos con nuestras vidas.

El contar con un una persona que le demuestre afecto, escuche y apoye al sujeto adulto(a) mayor es uno de los factores que más influyen en el bienestar y en la satisfacción en la vejez. (Jamjan y Jerayingmongkol, 2002)

Este sentimiento de reconocerse apreciado y querido es tan importante que a su vez tiene relación con otras variables como el apoyo familiar ($r= 0.206, p = 0.045$) y la contención afectiva ($r=0.298, p= 0.003$). Así pues, será mayor la satisfacción en la vejez, si contamos con un alto nivel de apoyo, contención y afecto, proveniente tanto del sistema familiar como de las amistades.

De acuerdo con Kwee Ho, et. al. (2003) la relación con los(as) amigos(as) en los adultos mayores es uno de los factores más fuertemente asociados a la satisfacción de la vida. Especialmente en el caso de los y las senescentes que no están cerca de la familia o no cuentan con el apoyo de ésta. Siendo en estos casos los amigos(as) una red social muy importante.

Otro resultado de los análisis estadísticos indicó una relación entre el sentirse discriminado o tratado injustamente, según la persona adulta mayor y el no sentirse apreciado ni querido por las amistades ($r=-0.237, p=0.021$). Esta situación podría

explicarse al considerar el concepto de discriminación que tal vez manejan los y las adultos mayores entrevistados, en cuanto a pensar la discriminación como aislamiento social, segregación, rechazo en los contactos sociales. Por tanto, si se parte de esta visión de lo que es discriminación, es esperable que las personas que habían dicho sentirse queridas y apreciadas por sus amigos(as) no se sientan discriminadas, pues no se están sintiendo rechazadas, ni aisladas socialmente. Paralelamente, el sentimiento de soledad no se presenta en las personas que se sienten apreciadas y queridas por sus amistades, para esta correlación se obtuvo una p de 0.031 y una r de Pearson de 0.221 .

Asimismo, el percibirse apreciado(a) y querido(a) por otras personas se relaciona positivamente con el sentir que la vida merece la pena ser vivida ($r=0.220$, $p=0.032$). Por lo que el sentirse querido(a) y apreciado(a) por los amigos(as) se convierte en un factor relevante para la vida, de tal manera que se quiera seguir viviendo y compartiendo con las amistades, pues el saberse importante para los demás da motivos para vivir.

Tabla 47: Correlación entre sentirse querido por los demás y la contención afectiva, el apoyo familiar, el sentirse discriminado, solo y sin ganas de vivir

	Siente que sus amigos(as) le aprecian y quieren	
Escala de contención afectiva	Pearson Correlation	,298
	Sig. (2-tailed)	,003
Escala o índice de apoyo familiar	Pearson Correlation	,206
	Sig. (2-tailed)	,045
Con qué frecuencia se ha sentido discriminado(a), tratado injustamente por ser una persona mayor.	Pearson Correlation	-,237
	Sig. (2-tailed)	,021
Se siente usted solo(a)	Pearson Correlation	,221
	Sig. (2-tailed)	,031
A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida	Pearson Correlation	,220
	Sig. (2-tailed)	,032

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

El sentirse solo(a) y el número de amigos(as) se correlacionan significativamente ($r=0.213$, $p = 0.033$) de manera que a mayor número de amigos(as) la persona adulta mayor dice no sentirse sola.

Tabla 48: Correlación entre sentirse solo y el número de amigos y el sentirse querido por estos

		Se siente usted solo(a)
Actualmente cuantos amigos(as) considera usted que tiene cerca	Pearson Correlation	,213
	Sig. (2-tailed)	,033

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Shu-Chuan, et. al. (2003) afirma que para las personas adultas mayores una discrepancia entre el número de amistades y la necesidad del contacto social (o el sentirse apreciado por las amistades) puede causar un sentimiento de soledad. De esta manera, una persona puede tener pocos contactos sociales y no sentirse sola; en contraste, un individuo rodeado de muchas personas puede divulgar un sentido de soledad. Por eso, si bien el número de amigos es importante para no sentirse solo, la calidad de los contactos sociales es lo que hace una diferencia en la satisfacción.

4.6. Nivel de participación y realización de actividades cotidianas

Con respecto a la variable nivel de participación y realización de actividades cotidianas, se percibe una relación entre el nivel de satisfacción en la vejez y cada una de las escalas o dimensiones por considerar dentro de esta variable. Apoyándose la hipótesis de que a mayor independencia y realización de actividades por el o la gerontes, mayor nivel de satisfacción en la vejez.

Hay una relación positiva ($r=0.273$, $p= 0.006$) entre el nivel de satisfacción y el de autonomía e independencia, de manera que a mayor nivel de autonomía e independencia alcanzado por parte del geronte mayor será su satisfacción en la vejez. Inga y Vara (2002), Bowling, et. al. (1991) destacan la disminución en el nivel de satisfacción debido a un alto nivel de dependencia y pérdida de la autonomía para realizar tareas cotidianas solo. Grundy y Bowling (1999) agregan que la pérdida de la independencia, es una preocupación central en los y las adultas mayores, pues para que se dé un envejecimiento exitoso el mantener control sobre la vida es fundamental.

En cuanto a la escala de total de actividades se afirma que los y las sujetos mayores de 65 años, que realizan mayor número de actividades son también los que se encuentran mayormente satisfechos ($r=0.216$, $p=0.030$). Jamjan, et. al. (2002) afirman que el realizar actividades es considerado como una medicina excelente, propiciando una vejez más exitosa. En la vejez, el poder realizar actividades y concebirse como una persona activa es de gran valor social influyendo a su vez en el bienestar o satisfacción personal. En tanto el ser humano “se identifica y valora cómo un ser activo es importante que este reconocimiento se mantenga vigente para sentirnos parte integral del sistema social. Si los ancianos no son reconocidos como personas activas, entonces su valor disminuye”. (Nué, 2001, p. 2)

Tabla 49: Correlación entre el nivel de satisfacción y la escala de autonomía e independencia y el total de actividades

		Índice de satisfacción personal
Escala de autonomía e independencia	Pearson Correlation	,273
	Sig. (2-tailed)	,006
Total de actividades que realiza la persona adulta mayor	Pearson Correlation	,216
	Sig. (2-tailed)	,030

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Por su parte, no se relaciona con el nivel de satisfacción el tipo de actividad que realice el adulto(a) mayor, es decir, no hay diferencia en el nivel de satisfacción entre quienes realizan determinada actividad y los que practican otra. Lo importante es que se realicen actividades en la vejez, y cuanto más mejor, pero no en sí alguna actividad específica, todas son igualmente valiosas e importantes, ya que hacen que el senescente se sienta y mantenga útil, activo(a) y feliz.

De manera particular, dentro de la escala de autonomía, los ítems que mayormente inciden en el nivel de satisfacción son el realizar tareas caseras solos(as) ($r=0.278$, $p=0.005$) y el realizar compras y pagos fuera de la casa solos ($r= 0.211$, $p = 0.034$). Estos resultados se pueden explicar estadísticamente debido a que la mayoría de las personas entrevistadas sí realizaban solos(as) sus necesidades higiénicas, habiendo mayor variabilidad en las respuestas con respecto a estas otras dos preguntas.

Tabla 50: Correlación entre satisfacción y realizar tareas caseras y actividades fuera de casa solo(a)

	Índice de satisfacción personal	
	Realiza tareas caseras sólo(a) (barrer, cargar cosas, etc.)	Pearson Correlation
Sig. (2-tailed)		,005
Realiza sólo las compras y pagos fuera de casa	Pearson Correlation	,211
	Sig. (2-tailed)	,034

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Con respecto a la escala de autonomía, se determinó que la misma se relaciona con el sentir que conforme el sujeto(a) se va haciendo mayor, las cosas son peor ($r=0.306$, $p= 0.002$). Es decir, a menor nivel de autonomía más se tiende a sentir que las cosas son peor. Similarmente, un bajo nivel de autonomía se relaciona con sentir que se tiene menos energía ($r=0.244$, $p= 0.014$), percibirse menos útil ($r=0.315$, $p=0.001$), así como no sentirse tan feliz como cuando joven ($r=0.226$, $p=0.023$).

Pareciera que conforme avanzan los años se pierde la autonomía y por ende las personas adultas mayores se sienten menos satisfechas. Además, esto acarrea un sentimiento de ser tratado como un niño(a) ($r=-0.312$, $p=0.001$), mismo que se presenta cuando la persona adulta mayor va perdiendo su autonomía.

Tabla 51: Correlación entre Autonomía e independencia e ítems de la escala de satisfacción y el sentirse tratado como niños(as)

	Escala de autonomía e independencia	
	Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil	Pearson Correlation
	Sig. (2-tailed)	,001
Tiene usted tanta energía como el año pasado	Pearson Correlation	,244
	Sig. (2-tailed)	,014
A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted	Pearson Correlation	,306
	Sig. (2-tailed)	,002
Ahora es tan feliz como cuando era más joven	Pearson Correlation	,226
	Sig. (2-tailed)	,023
Ha sentido que lo tratan como a un niño(a) y no como a una persona adulta	Pearson Correlation	-,312
	Sig. (2-tailed)	,001

**Correlation is significant at the 0.01 level. *Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Por otra parte, el número de actividades realizadas por la persona adulta mayor tiene relación con el apoyo recibido por la familia para la realización de actividades recreativas ($r=0.236$, $p=0.018$). Ello podría darse debido a que cuanto más apoyo reciba una persona para realizar actividades, mayor motivación tendrá de participar en éstas, por lo cual el apoyo de la familia en la realización de actividades se convierte en un factor indirecto que influye en el nivel de satisfacción de los y las senescentes.

Además, la realización de más actividades hace que el individuo adulto(a) mayor se sienta más útil ($r=0.303$, $p=0.002$), más feliz ($r=0.389$, $p=0.000$) y más satisfecho ($r=0.314$, $p=0.001$).

Por el contrario, las personas que realizan pocas actividades o ninguna, tienden a respaldar más los estereotipos negativos entorno a la vejez ($r=-0.273$, $p=0.011$) teniendo una visión de las personas adultas mayores como: aburridos(as) ($r=-0.318$, $p=0.001$), sin amistades ($r=-0.243$, $p=0.015$) e inútiles ($r=-0.209$, $p=0.037$).

Kluge (2002) halló que el tener interiorizados estereotipos negativos entorno a la vejez, conlleva a que las personas adultas mayores realicen menor número de actividades.

Tabla 52: Correlación entre el total de actividades y el recibir apoyo de la familia para la recreación, el sentirse útil, tan feliz como joven, satisfecho y respaldo a estereotipos negativos

	Total de actividades	
	Recibe apoyo de recreación de su familia	Pearson Correlation
	Sig. (2-tailed)	,018
Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil	Pearson Correlation	,303
	Sig. (2-tailed)	,002
Ahora es tan feliz como cuando era más joven	Pearson Correlation	,389
	Sig. (2-tailed)	,000
Cómo está de satisfecho con su vida ahora?	Pearson Correlation	,314
	Sig. (2-tailed)	,001
Respaldo a estereotipos negativos	Pearson Correlation	-,254
	Sig. (2-tailed)	,011
Respaldo a estereotipos negativos de que los adultos mayores son: aburridos	Pearson Correlation	-,318
	Sig. (2-tailed)	,001
Respaldo a estereotipos negativos de que los adultos mayores no tienen amistades	Pearson Correlation	-,243
	Sig. (2-tailed)	,015
Respaldo a estereotipos negativos de que los adultos mayores son: inútiles	Pearson Correlation	-,209
	Sig. (2-tailed)	,037

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4.7. Interiorización de Estereotipos Negativos de la Vejez

Al relacionar el nivel de satisfacción de las personas adultas mayores con el respaldo a los estereotipos negativos en la vejez, se halló que hay una relación negativa ($r=-0.321$) significativa de 0.001 , donde a mayor respaldo de los estereotipos menor nivel de satisfacción en la vejez, afirmándose como verdadera la hipótesis

experimental del estudio. Asimismo al correlacionar cada estereotipo con el nivel de satisfacción, se muestra que las personas menos satisfechas tienden a ver a los individuos adultos mayores como tristes ($r=-0.315$, $p= 0.001$), enfermizos ($r=-0.323$, $p= 0.001$) y lentos ($r=-0.248$, $p= 0.013$).

Tabla 53: Correlación entre satisfacción en la vejez y respaldo a estereotipos

Respaldo a estereotipos negativos	Índice de satisfacción personal	
	Pearson Correlation	-,321
Sig. (2-tailed)	,001	
Respaldo a estereotipos negativos de que los adultos mayores son: enfermizos(as)	Pearson Correlation	-,323
	Sig. (2-tailed)	,001
Respaldo a estereotipos negativos de que los adultos mayores son: tristes	Pearson Correlation	-,315
	Sig. (2-tailed)	,001
Respaldo a estereotipos negativos de que los adultos mayores son: lentos(as)	Pearson Correlation	-,248
	Sig. (2-tailed)	,013

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Los resultados encontrados muestran la importancia de tomar medidas tendientes a la eliminación de los estereotipos entorno a la vejez, ello por cuanto dichos estereotipos afectan de manera negativa la satisfacción y la calidad de vida de las personas adultas mayores. “Un primer paso para envejecer bien, pasa por la eliminación de las falsas concepciones y estereotipos sobre la vejez y el envejecimiento” (Fernández-Ballesteros, 2002, p. 34)

De acuerdo con los resultados encontrados al correlacionar la escala de interiorización de los estereotipos negativos de la vejez y los ítems de la escala del nivel de satisfacción, se encuentra que las personas con mayor respaldo o aceptación de los estereotipos negativos consideran que tienen menos energía que el año pasado ($r=-0.314$, $p= 0.001$), las cosas son peor ($r=-0.254$, $p= 0.011$), son menos útiles ($r=-0.237$, $p=0.018$), les molesta más las cosas pequeñas ($r=-0.237$, $p= 0.018$), son menos felices que antes ($r=-0.212$, $p = 0.034$), tienen miedo de muchas cosas

($r=-0.208$, $p = 0.037$) y consideran que la vida es dura y difícil ($r=-0.221$, $p = 0.027$), además de sentirse insatisfechos ($r=-0.329$, $p = 0.001$) con su vida actual.

Además, se encontró una relación significativa entre el respaldo a los estereotipos negativos de la vejez y el total de actividades realizadas por los y las adultos mayores ($r= -0.254$, $p= 0.011$). Es decir, a mayor respaldo de estereotipos negativos de la vejez, menor número de actividades realizadas. La incorporación de estereotipos limita a la persona en su actividad, mientras el tener una visión positiva de la vejez, en la cual los adultos(as) mayores se conciben como felices, activos(as), saludables y amistosos(as), entre otras promueve la realización de actividades en los y las gerontes.

Tabla 54: Correlación entre respaldo a estereotipos negativos e ítems de la escala de satisfacción y total de actividades

	Respaldo a estereotipos negativos	
Tiene usted tanta energía como el año pasado	Pearson Correlation	-,314
	Sig. (2-tailed)	,001
Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil	Pearson Correlation	-,237
	Sig. (2-tailed)	,018
Le molestan más ahora las cosas pequeñas que antes	Pearson Correlation	-,237
	Sig. (2-tailed)	,018
Según se va haciendo mayor las cosas son mejor/peor/igual de lo que pensó que serían	Pearson Correlation	-,254
	Sig. (2-tailed)	,011
Ahora es tan feliz como cuando era más joven	Pearson Correlation	-,212
	Sig. (2-tailed)	,034
Tiene miedo de muchas cosas	Pearson Correlation	-,208
	Sig. (2-tailed)	,037
La mayor parte del tiempo la vida en dura y difícil	Pearson Correlation	-,221
	Sig. (2-tailed)	,027
¿Cómo está de satisfecho con su vida ahora?	Pearson Correlation	-,329
	Sig. (2-tailed)	,001
Total de actividades	Pearson Correlation	-,254
	Sig. (2-tailed)	,011

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nué (2001) explica lo anterior debido a que una persona adulta mayor que se mantenga activa, probablemente no experimentará sentimientos de inutilidad,

enfermedad, pasividad, lentitud, ni tristeza, es decir; no tendrá una visión de la vejez basada en estereotipos negativos, lo cual le permitirá tener un envejecimiento más satisfactorio.

Al relacionar por aparte cada uno de los estereotipos negativos de la vejez con las demás variables independientes que contribuyen en la satisfacción vital, se encontró que los adultos mayores que han incorporado el estereotipo de que los y las senescentes son débiles, tienden a reunirse menos con sus amistades ($r=-0.278$, $p=0.007$). El sentimiento de debilidad hace que el adulto mayor se sienta limitado a no poder salir de su casa, por lo que se reducen las ocasiones de reunión con sus amigos(as).

Al correlacionar el estereotipo negativo de que los adultos mayores son inútiles con el total de actividades, se determinó una relación significativa donde las actividades aumentan conforme disminuye el sentimiento de inutilidad. Los y las adultos mayores que se sienten útiles y conciben a los demás mayores de la misma forma tienden a realizar más actividades ($r=-0.209$, $p=0.037$). Además, quienes se sienten más útiles también sienten que sus amigos los aprecian y quieren ($r=-0.300$, $p=0.003$).

Las personas adultas mayores manejan una visión de los demás sujetos mayores de 65 años como amistosos(as), son también los que tienden a realizar mayor cantidad de actividades ($r=-0.243$, $p=0.015$) y presentan menor número de enfermedades ($r=0.205$, $p=0.041$). Estas correlaciones se explican por una parte, el considerarse uno

mismo y a los demás mayores como amistosos(as), promueve el deseo y la realización de actividades. Además, el tener muchas enfermedades en la vejez puede influir en la no realización de actividades, el no salir y por ende en el no tener muchos contactos con otras personas y así percibirse con pocas amistades.

El padecer de alguna enfermedad hace que el y la adulto mayor generalice este estado a otros adultos(as) mayores, respaldando el estereotipo negativo de que los sujetos(as) mayores de 65 años de edad son enfermizos(as). La relación encontrada en este caso presenta una r de Pearson de 0.205 y un valor p de 0.040.

La relación entre el padecer enfermedades y el considerar que los y las adultos mayores son enfermizos(as), refleja cómo la “sinonimia: viejos = enfermos entraña un enorme riesgo, pues pasa a comportarse como una profecía autopredictiva que termina por internalizarse aun en los destinatarios del prejuicio, es decir, en los propios viejos”. (Salvareza, s.f., p. 30).

Otra relación descubierta fue entre la autopercepción del estado de salud y el respaldo al estereotipo de que las personas adultas mayores son tristes ($r= 0.260$, $p=0.009$). A mayor respaldo al estereotipo, de peor manera el senescente calificará su estado de salud.

Vela, et. al. (2002) reportan que las personas adultas mayores que presentan poco respaldo a los estereotipos negativos de la vejez son los que tienen menos enfermedades y más relaciones con otras personas.

Por último, el respaldo al estereotipo negativo de que los(as) adultos mayores son aburridos repercute en el total de actividades realizadas por estos ($r=-0.318$, $p=0.001$). Así a mayor percepción de que los senescentes son divertidos mayor el número de actividades en las cuales participa. Por el contrario, el no participar en actividades se liga al interiorizar una imagen de la vejez como aburrida.

Tabla 55: Respaldo a estereotipos de la vejez y estado de salud, total de actividades y redes sociales

		Débiles	Inútiles	Pocas Amistades	Enfermizos (as)	Tristes	Aburridos (as)
Cada cuánto se reúne con sus amigos(as)	Pearson correlation	-.278					
	Sig.(2-tailed)	.007					
Siente que sus amigos(as) le aprecian y quieren	Pearson correlation		-.300				
	Sig.(2-tailed)		.003				
Total de Actividades	Pearson correlation		-.209	-.243			-.318
	Sig.(2-tailed)		.037	.015			.001
Padece de alguna enfermedad	Pearson correlation				.205		
	Sig.(2-tailed)				.040		
Total de enfermedades	Pearson correlation			.205			
	Sig.(2-tailed)			.041			
Califica su salud de buena, regular o mala.	Pearson correlation					.260	
	Sig.(2-tailed)					.009	

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4.8. Percepción de la Discriminación

Por último, al correlacionar el nivel de satisfacción en la vejez con las cinco variables que contemplan la percepción de la discriminación, se descubrió que ésta solamente correlaciona con tres de ellas, a saber: frecuencia con que la persona se ha sentido discriminada o tratada injustamente por ser una persona adulta mayor ($r=-0.236$, $p=0.017$), frecuencia con que personas o instituciones han violentado sus derechos ($r=-0.268$, $p=0.007$) y la frecuencia con la que le han dicho a las personas adultas mayores que por su edad no puede realizar diversas actividades. ($r=-0.257$, $p=0.009$).

Tabla 56: Correlación entre satisfacción en la vejez e ítems de discriminación

	Índice de satisfacción personal	
Con qué frecuencia se ha sentido discriminado(a), tratado injustamente por ser una persona mayor.	Pearson Correlation	-,236
	Sig. (2-tailed)	,017
Con qué frecuencia las personas o instituciones han violentado sus derechos por ser una persona mayor.	Pearson Correlation	-,268
	Sig. (2-tailed)	,007
Le han dicho que las personas de su edad no pueden realizar diversas actividades.	Pearson Correlation	-,257
	Sig. (2-tailed)	,009

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

En términos generales, se apoya la hipótesis de que a mayor percepción de discriminación, menor nivel de satisfacción en la vejez. Por tanto, a menor percepción de discriminación, trato injusto, violación a los derechos, y negación de poder realizar actividades, mayor será el nivel de satisfacción de las personas adultas mayores. Lo cual es confirmado por (Allport, 1954; Clark & Clark, 1939; Erikson, 1973; Horowitz, 1939; Lewin, 1952) quienes consideran que el tener incorporados prejuicios y el sentirse discriminado acarrea insatisfacción personal y rechazo a sí mismo(a).

La pregunta sobre la frecuencia con que la persona adulta mayor ha escuchado chistes, bromas, o ha sido insultado por su edad, no correlacionó con el nivel de satisfacción, lo que podría deberse a que las personas adultas mayores, seguramente, no dan mucha importancia a estas situaciones. Lo cual no justifica el que se den tales acciones discriminatorias, sino que más bien se llama a la toma de medidas para erradicar dicha práctica.

Igualmente, para la pregunta, ha sentido que lo tratan como un niño o niña pequeño(a) y no como a una persona adulta, no se encontró una relación significativa con la satisfacción, a pesar de que esta dimensión se encuentra relacionada con otras variables tales como el nivel de autonomía e independencia, que, como se expuso,

inciden en el nivel de satisfacción en la vejez. Lo que la hace, si bien no una variable que influya directamente en la satisfacción, sí la convierte en una variable indirecta que afecta varios aspectos considerados como relevantes en lo que respecta a ésta.

Por su parte, también se piensa que el hecho de ser tratado infantilmente durante la vejez no correlacionara con la satisfacción con la vida, puede deberse a que seguramente las personas adultas mayores no están percibiendo este hecho como una situación o ejemplo de discriminación, sino que podría ser que ellos(as) hasta cierto punto, lo consideren más como una muestra de preocupación e interés de la gente hacia ellos(as). Esto pues el infantilizar a una persona adulta consiste en una atención y protección brindada de manera exagerada, que más bien puede perjudicar al senescente a considerársele como inútil e incapaz de hacer sus cosas por sí mismo(a), limitándose además, su autonomía e independencia.

La pregunta sobre la frecuencia con que se ha sentido discriminado(a) o tratado(a) injustamente, correlaciona con la frecuencia con que a los y las adultos mayores les han dicho que no pueden realizar diversas actividades ($r=0.369$, $p=0.000$), con un mayor sentimiento de soledad ($r=-0.335$, $p=0.001$) y tener muchas razones para estar triste ($r=-0.270$, $p=0.006$). Es así como las personas que dicen haber sido discriminadas con mucha frecuencia tienden a sentirse solas y tristes.

Además, la frecuencia con la cual la persona adulta mayor se ha sentido discriminada, se correlaciona con el número de amigos/as ($r= -0.231$ y $p= 0.020$) y el sentirse querido(a) y apreciado(a) por estos ($r= -0.237$ y $p= 0.021$). Es decir, cuanto

menos amigos(as) tenga el o la adulto mayor, y sienta que estos no lo quieren, ni aprecian, mayor frecuencia con la que se siente discriminado.

También, la frecuencia con la que se siente discriminado, se relaciona con el número de enfermedades que padece la persona adulta mayor ($r= 0.208$ y $p=0.037$) y con el considerar que los mayores de 65 años en general son lentos/as ($r= 0.235$ y $p=0.019$) y pasivos/as ($r= 0.216$ y $p=0.031$).

Tabla 57: Correlación entre sentirse discriminado y la frecuencia con la que le han dicho que no puede realizar diversas actividades, ítems de satisfacción, redes sociales y respaldo a estereotipos negativos y total de enfermedades

	Con qué frecuencia se ha sentido discriminado(a), tratado injustamente por ser una persona adulta mayor	
Le han dicho que las personas de su edad no pueden hacer diversas actividades	Pearson Correlation	,369
	Sig. (2-tailed)	,000
Tiene muchas razones por las que estar triste	Pearson Correlation	-,270
	Sig. (2-tailed)	,006
Se siente usted solo(a)	Pearson Correlation	-,335
	Sig. (2-tailed)	,001
Actualmente cuantos amigos(as) considera usted que tiene cerca	Pearson Correlation	-,231
	Sig. (2-tailed)	,020
Siente que sus amigos(as) le aprecian y quieren	Pearson Correlation	-,237
	Sig. (2-tailed)	,021
Estereotipo negativo de que los y las adultos mayores son pasivos(as)	Pearson Correlation	,216
	Sig. (2-tailed)	,031
Estereotipo negativo de que los y las adultos mayores son lentos(as)	Pearson Correlation	,235
	Sig. (2-tailed)	,019
Total de enfermedades	Pearson Correlation	,208
	Sig. (2-tailed)	,037

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

La pregunta de la frecuencia con la que los y las gerontes han sentido violentados sus derechos, se relaciona con el recibir ingresos económicos ($r= -0.254$ y $p=0.010$), con el total de actividades que realiza ($r=0.219$ y $p=0.028$), y con el respaldo a los estereotipos negativos de que los adultos mayores son inútiles ($r= 0.226$ y $p=0.024$) y lentos/as ($r= 0.202$ y $p=0.043$)

Tabla 58: Correlación entre la frecuencia con la que la persona adulta mayor ha sentido violentados sus derechos y el recibir ingresos económicos, el total de actividades y el respaldo a los estereotipos negativos de inútiles y lentos(as)

	Con qué frecuencia las personas o instituciones han violentado sus derechos por ser una persona mayor	
¿Recibe usted ingresos económicos?	Pearson Correlation	-,254
	Sig. (2-tailed)	,010
Estereotipo negativo de que los y las adultos mayores son inútiles	Pearson Correlation	,226
	Sig. (2-tailed)	,024
Estereotipo negativo de que los y las adultos mayores son lentos(as)	Pearson Correlation	,202
	Sig. (2-tailed)	,043
Total de actividades	Pearson Correlation	,219
	Sig. (2-tailed)	,028

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Con respecto a la pregunta, con qué frecuencia le han dicho a las personas adultas mayores que no pueden realizar diversas actividades, se relaciona significativamente con el sentirse menos útil ($r = -0.246$, $p = 0.013$), considerar que las cosas son peor que antes ($r = -0.332$, $p = 0.001$), y tener muchas razones para estar triste ($r = -0.252$, $p = 0.011$), así como con haber escuchado chistes o bromas o ser insultado por ser adulto(a) mayor ($r = 0.354$, $p = 0.000$). Además, se relaciona con el respaldo al estereotipo negativo de que las persona adultas mayores son lentas ($r = 0.295$, $p = 0.003$).

Tabla 59: Correlación entre la frecuencia con la que le han dicho a las personas adultas mayores que no pueden hacer actividades e ítems de la escala de satisfacción, haber escuchado chistes o bromas de las personas adultas mayores y respaldar el estereotipo de que los gerontes son lentos(as)

	Le han dicho que las personas de su edad no pueden hacer actividades deportivas, físicas, aprender, trabajar o vestirse de determinada manera.	
A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted	Pearson Correlation	-,332
	Sig. (2-tailed)	,001
Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil	Pearson Correlation	-,246
	Sig. (2-tailed)	,013
Tiene muchas razones por las que estar triste	Pearson Correlation	-,252
	Sig. (2-tailed)	,011
Estereotipo negativo de que los adultos mayores son lentos	Pearson Correlation	,295
	Sig. (2-tailed)	,003
Ha escuchado personas haciendo chistes o bromas sobre las personas adultas mayores	Pearson Correlation	,354
	Sig. (2-tailed)	,000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quienes expresaron sentirse tratados como niños(as) pequeños(as), les dicen con más frecuencia que no pueden realizar actividades ($r=0.265$, $p = 0.007$) y a su vez se sienten menos útiles ($r=-0.252$, $p = 0.011$).

Asimismo, el sentirse tratados como niños(as) se relaciona con la escala de autonomía e independencia ($r= -0.312$, $p = 0.001$), y con el recibir ingresos económicos. De tal manera, a menor autonomía para realizar diversas actividades, mayor frecuencia del sentimiento de la persona adulta mayor de ser tratado como niño(a), lo que conlleva a que dependa de su familia y por ende ésta no le permita manejar dinero.

Tabla 60: Correlación entre la frecuencia con la que las personas adultas mayores se sienten tratados como niños y la frecuencia con que les han dicho que no pueden hacer actividades, se sienten menos útiles, escala de autonomía y recibir ingresos económicos

	Ha sentido que lo tratan como a un niño(a) y no como a una persona adulta	
Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil	Pearson Correlation	-,252
	Sig. (2-tailed)	,011
Le han dicho que las personas de su edad no pueden realizar diversas actividades.	Pearson Correlation	,265
	Sig. (2-tailed)	,007
Escala de autonomía e independencia	Pearson Correlation	-,312
	Sig. (2-tailed)	,001
¿Recibe usted ingresos económicos?	Pearson Correlation	-,202
	Sig. (2-tailed)	,042

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Al relacionar las preguntas de discriminación con las diversas variables independientes, se puede observar una relación entre la percepción de la discriminación por parte de las personas adultas mayores y la percepción de que los y las gerontes son personas tristes, lentas, poco independientes, pasivos(as), poco útiles, sin amigos(as), que las cosas se pone peor con la edad y que se sienten solos(as).

Todas estas atribuciones negativas a las personas adultas mayores las hace víctimas de discriminación, lo que afecta el nivel de satisfacción en la vejez. “Las discrepancias negativas en estos procesos de comparación social resultan en identidades sociales insatisfactorias” (Smith, en prensa, p. 12). Lo cual según Pochtar y Pszemirower (2002), conlleva a las personas adultas mayores a sentirse desvalidas con un descenso de la autoestima; depresión; reducción de la vida social, sensación de rechazo, inutilidad; aislamiento y marginación.

4.9. Nivel de Satisfacción en la Vejez

A continuación se presenta una tabla que resume las variables independientes correlacionadas significativamente con el nivel de satisfacción en la vejez. En términos generales se encontró que una persona mayor de 65 años de edad que recibe ingresos económicos, no padece o padece de pocas enfermedades, percibe su salud como buena, se siente querida y apreciada por familiares y amigos(as), es autónoma e independiente, realiza varias actividades, respalda poco o no respalda los estereotipos negativos de la vejez, con poca frecuencia se ha sentido discriminado(a), o violentado en sus derechos por ser una persona adulta mayor y no le han impedido realizar actividades, presentará un alto nivel de satisfacción en la vejez.

Las anteriores variables son factores que de manera conjunta intervienen directamente sobre la satisfacción de las personas adultas mayores. No obstante, no se debe desvalorar el aporte que otras variables tienen en la satisfacción, actuando de forma indirecta.

Por ejemplo, aunque el sentirse tratado como un niño(a) no se relacionó directamente con la satisfacción, si lo hace con variables como el nivel de autonomía e independencia, con el recibir ingresos, por lo que se asume que puede estar influyendo en cierta medida en el que una persona se sienta satisfecha o no. De modo similar, sucede con el número de amigos(as), la frecuencia con la cual se reúne con estos y el sentirse discriminado(a), realización de actividades, entre otras. Por lo que todos ellos se convierten en aspectos que se deben tomar en cuenta a la hora de promover políticas y acciones en pro de la calidad de vida de los y las adultos mayores en miras de un envejecimiento satisfactorio.

Fernández-Ballesteros (1998), encontró que el nivel de satisfacción en la vejez se ve influenciado por disfrutar de buena salud, ser capaz de cuidar de uno mismo, tener una buena pensión o ingreso, mantener relaciones con la familia y amigos(as), estar activo, tener buenos servicios sociales y de salud, tener una buena casa en un ambiente de buena calidad), y tener la oportunidad de aprender nuevas cosas.

Tabla 61: Correlaciones con el nivel de satisfacción en la vejez

	Índice de satisfacción personal	
¿Recibe usted ingresos económicos?	Pearson Correlation	,246*
	Sig. (2-tailed)	,013
Padece usted de alguna enfermedad	Pearson Correlation	-,316**
	Sig. (2-tailed)	,001
Si usted compara su salud con la de personas de su edad usted la califica de buena, regular o mala	Pearson Correlation	-,349**
	Sig. (2-tailed)	,000
Total de enfermedades	Pearson Correlation	-,380**
	Sig. (2-tailed)	,000
Escala de contención afectiva	Pearson Correlation	,233*
	Sig. (2-tailed)	,019
Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas de sus familiares o personas importantes para usted	Pearson Correlation	,267**
	Sig. (2-tailed)	,007
Siente que sus amigos(as) le aprecian y quieren	Pearson Correlation	,264**
	Sig. (2-tailed)	,010
Escala de autonomía e independencia	Pearson Correlation	,273**
	Sig. (2-tailed)	,006
Realiza tareas caseras sólo(a) (barrer, cargar cosas, etc.)	Pearson Correlation	,278**
	Sig. (2-tailed)	,005
Realiza sólo las compras y pagos fuera de casa	Pearson Correlation	,211*
	Sig. (2-tailed)	,034
Total de actividades	Pearson Correlation	,216*
	Sig. (2-tailed)	,030
Respaldo a estereotipos negativos	Pearson Correlation	-,321**
	Sig. (2-tailed)	,001
Respaldo a estereotipos de que los y las adultos mayores son tristes	Pearson Correlation	-,315**
	Sig. (2-tailed)	,001
Respaldo a estereotipos de que los y las adultos mayores son enfermizos(as)	Pearson Correlation	-,323**
	Sig. (2-tailed)	,001
Respaldo a estereotipos de que los y las adultos mayores son lentos(as)	Pearson Correlation	-,248*
	Sig. (2-tailed)	,013
Con qué frecuencia se ha sentido discriminado(a), tratado injustamente por ser una persona adulta mayor	Pearson Correlation	-,236*
	Sig. (2-tailed)	,017
Con qué frecuencia las personas o instituciones han violentado sus derechos por ser una persona adulta mayor	Pearson Correlation	-,268**
	Sig. (2-tailed)	,007
Le han dicho que las personas de su edad no pueden hacer diversas actividades	Pearson Correlation	-,257**
	Sig. (2-tailed)	,009

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)./ ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

La hipótesis general del estudio consistía en que: el sexo, edad, el recibir ingresos económicos suficientes, la percepción de la salud, el apoyo por parte del sistema familiar y redes sociales, la incorporación de estereotipos y la percepción de la discriminación; determinan el nivel de satisfacción en la vejez, por parte de las personas adultas mayores.

Posterior al análisis de los datos, se apoya una hipótesis alternativa, la cual establece la relación entre el nivel de satisfacción en la vejez y el recibir ingresos

económicos, el nivel de salud objetivo y la autopercepción de la salud, el sentirse querido(a) y apreciado(a) por familiares y amigos(as), el nivel de autonomía e independiente, el poco respaldo a los estereotipos negativos de la vejez, y la percepción de la discriminación en general.

Mientras que el sexo, edad, la satisfacción con los ingresos económicos, el apoyo familiar y el número de amigos, no se relacionan con el nivel de satisfacción en la vejez.

5. Análisis de Regresión Múltiple

175

Al realizar el análisis de regresión múltiple se encontró que los mejores predictores del nivel de satisfacción en la vejez son: la auto percepción del estado de salud, el total de enfermedades que la persona padece, el sentirse apreciado(a) y querido(a) por los(as) amigos(as), el respaldo a los estereotipos negativos y la frecuencia con que las instituciones y personas violentan los derechos de las personas adultas mayores.

Tabla 62: ANOVA

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,891	1	,891	14,786	,000
	Residual	5,303	88	6,026E-02		
	Total	6,194	89			
2	Regression	1,442	2	,721	13,194	,000
	Residual	4,752	87	5,463E-02		
	Total	6,194	89			
3	Regression	1,927	3	,642	12,943	,000
	Residual	4,267	86	4,962E-02		
	Total	6,194	89			
4	Regression	2,218	4	,555	11,856	,000
	Residual	3,976	85	4,677E-02		
	Total	6,194	89			
5	Regression	2,420	5	,484	10,771	,000
	Residual	3,774	84	4,493E-02		
	Total	6,194	89			

A Predictores: (constant), si usted compara su salud con la de personas de su edad usted la califica de buena, regular o mala.

B Predictores: (constant), si usted compara su salud con la de personas de su edad usted la califica de buena, regular o mala, total de enfermedades que padece

C Predictores: (constant), si usted compara su salud con la de personas de su edad usted la califica de buena, regular o mala, total de enfermedades que padece, siente que sus amigos lo aprecian y quieren

D Predictores: (constant), si usted compara su salud con la de personas de su edad usted la califica de buena, regular o mala, total de enfermedades que padece, siente que sus amigos lo aprecian y quieren, respaldo a estereotipos negativos

E Predictores: (constant), si usted compara su salud con la de personas de su edad usted la califica de buena, regular o mala, total de enfermedades que padece, siente que sus amigos lo aprecian y quieren, respaldo a estereotipos negativos, con qué frecuencia las personas o instituciones han violentado sus derechos por ser una persona adulta mayor

F Variable dependiente: índice de satisfacción personal

Por consiguiente, a mejor percepción del estado de salud, mayor nivel de satisfacción en la vejez. A menor número de enfermedades padecidas por la persona adulta mayor, mayor nivel de satisfacción. El sentir que los amigos y/o las amigas lo aprecian y quieren afecta positivamente el nivel de satisfacción en la vejez. Al contrario, un mayor respaldo de los estereotipos negativos de la vejez conlleva a un

menor nivel de satisfacción. Y el sentirse con mucha frecuencia violentado en sus derechos por parte de personas o instituciones se relaciona con un menor nivel de satisfacción en la vejez.

Una persona adulta mayor que califique su propio estado de salud como bueno, no padezca de muchas enfermedades, se sienta querido por sus amistades, no respalde los estereotipos negativos de la vejez y no se sienta discriminado presentará un mayor nivel de satisfacción en la vejez, que una persona que manifieste tener una mala salud, reporte un gran número de padecimientos, no se sienta querido por los amigos(as), tenga una visión estereotipada de la vejez y se sienta o sea víctima con frecuencia de discriminación.

Grundy y Bowling (1999) encontraron que las personas con un alto nivel de satisfacción de la vida, calificaban su salud de buena, realizaban varias actividades, presentaban pocos problemas de salud, altos niveles de ayuda emocional por parte de la familia y los amigos(as). Por el contrario, quienes se encontraban más insatisfechos eran quienes habían experimentado acontecimientos adversos como muertes de parientes cercanos, ataques o robos, etc. en el último año, tenían redes sociales más pequeñas, se sentían solos(as) y viejos(as).

Tabla 63: Coeficientes

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
Model		B	Std. Error	Beta		

	(Constante)	1,396	,274		5,090	,000
	Al comparar su salud con la de personas de su edad usted la califica de buena, regular o mala	-,175	,047	-,323	-3,741	,000
	Total de enfermedades que padece	-6,190E-02	,020	-,264	-3,022	,003
	Siente que sus amigos lo aprecian y quieren	,380	,126	,260	3,021	,003
	Respaldo a estereotipos negativos	-8,287E-02	,038	-,192	-2,178	,032
	Con qué frecuencia las personas o instituciones han violentado sus derechos por ser una persona mayor	-7,056E-02	,033	-,184	-2,118	,037

a Dependent Variable: Índice de satisfacción personal

Cabe señalar que de los predictores destacados por el análisis estadístico, la auto percepción del estado de salud (buena, regular, mala) es que mejor predice la satisfacción en la vejez ($B=-0.323$). Este hallazgo también fue obtenido por Smith, et. al. (2004), para quienes la opinión del estado de salud por parte de los y las senescentes era el predictor más fuerte de la satisfacción en esta población, según lo juzgado por los coeficientes estandarizados de la regresión.

Este resultado demuestra también, que en el caso de la satisfacción en la vejez es más importante el cómo el adulto mayor perciba o califique su propia salud, que el estado objetivo de la misma (número de enfermedades) ($B=-0.264$). Si bien el total de enfermedades que la persona adulta mayor presente, es un predictor del nivel de satisfacción, éste se da en un segundo lugar siendo más importante la autopercepción que la cantidad.

“La conducta, la actuación y la satisfacción está influenciadas por (estereotipos). La expectativa es frecuentemente más escandalosa que la realidad, aunque los declives y las pérdidas, cuando son serios son importantes objetiva y subjetivamente.” (Kalish, 1991, p. 69). Lo cual explica el porqué en cuanto a relación

con la satisfacción en la vejez es más importante cómo el geronte concibe su salud, que los padecimientos que en sí presente.

Peters y Rogers (1997) citan el trabajo de Mossey y Shapiro (1982) quienes vieron que la auto percepción del estado salud en las personas adultas mayores era el mejor predictor de la mortalidad. Debido a que las personas que perciben su salud como pobre es probable que sean más presionadas y adopten pocos comportamientos sanos. De hecho, los individuos generan expectativas futuras de su salud y de su supervivencia basados en el estado de salud percibido, alterando sus prácticas y comportamientos de la salud y retardando o acelerando en última instancia la mortalidad.

Como tercer predictor de la satisfacción en la vejez se encuentra el sentirse querido y apreciado por los amigos(as) ($B=0.260$). Seguido del respaldo a los estereotipos negativos de la vejez ($B=-0.192$). Y como último predictor se tiene la frecuencia con que la persona adulta mayor ha sentido que personas o instituciones han violentado sus derechos por ser mayor de 65 años de edad ($B=-0.189$).

Tabla 64: Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,379	,144	,134	,25
2	,482	,233	,215	,23
3	,558	,311	,287	,22
4	,598	,358	,328	,22
5	,625	,391	,354	,21

A Predictores: (constant), si usted compara su salud con la de personas de su edad usted la califica de buena, regular o mala.

B Predictores: (constant), si usted compara su salud con la de personas de su edad usted la califica de buena, regular o mala, total de enfermedades que padece

C Predictores: (constant), si usted compara su salud con la de personas de su edad usted la califica de buena, regular o mala, total de enfermedades que padece, siente que sus amigos lo aprecian y quieren

D Predictores: (constant), si usted compara su salud con la de personas de su edad usted la califica de buena, regular o mala, total de enfermedades que padece, siente que sus amigos lo aprecian y quieren, respaldo a estereotipos negativos

E Predictores: (constant), si usted compara su salud con la de personas de su edad usted la califica de buena, regular o mala, total de enfermedades que padece, siente que sus amigos lo aprecian y quieren, respaldo a estereotipos negativos, con qué frecuencia las personas o instituciones han violentado sus derechos por ser una persona adulta mayor

Al considerar las variables auto percepción del estado de salud, total de enfermedades, sentirse apreciado y querido por los amigos, respaldo a los estereotipos negativos de la vejez y frecuencia con que la persona ha sentido violentado sus derechos logran explicar un 35.4% del nivel de satisfacción en la población adulta mayor ($R = 0.625$; $R^2 = 0.391$; R^2 Ajustado = 0.354; Error Estándar de Estimación = 0.21). Este porcentaje parece ser bajo, lo cual se podría justificar debido a que la población de personas adultas mayores es la que presenta mayores divergencias entre los sujetos(as) (Achenbaum, 1998). Es decir, en la etapa de la vejez es donde la personas se parecen menos entre sí, por lo que son más variadas las razones que explican el que una persona esté satisfecha o no con su vida, es decir, los factores intervinientes en ello pueden ser muy distintos entre un individuo y otro.

Para Alpízar (1990) los cambios propios del envejecimiento no se desarrollan de manera igual en las personas, por lo que la experiencia de la vejez va a ser vivida de diferente manera, unos con mayor o menor nivel de satisfacción. Tal es la divergencia que se encuentra entre las personas adultas mayores que Kozma, et. al. (s.f.) encontraron que los predictores de la satisfacción en la vejez eran diferentes de acuerdo con los grupos de edad. Los sujetos con menor edad consideraban a las redes sociales como el aspecto más importante o que más influía en la satisfacción con la vida. Por su parte, en los gerontes de mayor edad la satisfacción estaba determinada por la auto percepción de la salud y los ingresos económicos. Por último, cabe destacar que en otras investigaciones se ha encontrado como predictores de la satisfacción el estado de salud, la actitud hacia la vejez (Jamjan y Jerayingmongkol, 2002), los ingresos económicos, y el sentimiento de soledad (Smith, et. al., 2004).

V. Conclusiones y Recomendaciones

- ∞ Se afirma la hipótesis de que el recibir ingresos económicos suficientes, la percepción de la salud, el padecer de enfermedades, el sentirse querido(a) y apreciado(a) por la familia y por las amistades, la incorporación de estereotipos y la percepción de la discriminación; influyen en el nivel de satisfacción en la vejez, por parte de las personas adultas mayores.
- ∞ La hipótesis de que el sexo, edad y estado civil se relacionan con el nivel de satisfacción en la vejez, es rechazada.
- ∞ Las condiciones de vida que se relacionan con el nivel de satisfacción en la vejez son aquellas de carácter psicológico, sociales y de salud; pero no las sociodemográficas.
- ∞ No existe diferencia en el nivel de satisfacción en la vejez según el sexo. El ser hombre o mujer no determina el nivel de satisfacción en las personas mayores de 65 años de edad.
- ∞ No hay diferencia en el nivel de satisfacción en la vejez en las personas con edades entre los 65 y 69, los 70 y 74, los 75 y 79, y 80 o más. La edad no es un factor que por sí mismo influya estadísticamente, en el tener un bajo o alto nivel de satisfacción en el grupo estudiado.
- ∞ El estado civil de las personas adultas mayores no es un factor concluyente sobre la satisfacción. No hay diferencias entre quienes están casados(as), solteros(as), viudos(as), separados(as), divorciados(as) o en unión libre.

- ∞ Las personas adultas mayores que reciben ingresos económicos tienen un mayor nivel de satisfacción en la vejez, en comparación con quienes no reciben éstos.
- ∞ No hay diferencias significativas en el nivel de satisfacción en la vejez, entre quienes consideran que sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas y quienes afirman que éstos no les alcanzan.
- ∞ Para las personas adultas mayores es más importante el recibir ingresos económicos, que la cantidad de los mismos.
- ∞ Gozar de un buen estado de salud, es decir tener menos enfermedades crónicas y auto percibir la salud como buena, se relaciona con un mayor nivel de satisfacción en la vejez.
- ∞ Promover estilos de vida saludables y la salud, y prevenir las enfermedades son medidas que tienen un impacto positivo en la satisfacción en la vejez, por lo cual, se recomienda al EBAIS de Montes de Oca y al PAIS, brindar una atención integral, que tome en cuenta la salud física, emocional y mental de los y las gerontes.
- ∞ No existe relación entre la satisfacción y el tipo de convivencia de las personas adultas mayores. No hay diferencias en cuanto al nivel de satisfacción entre quienes viven solos(as), con la pareja, con hijos(as), nietos(as), amigos(as), u otros familiares.
- ∞ El tener hijos(as) no se relaciona con la satisfacción. Para el adulto(a) mayor mientras haya una persona con quien contar (amigo/a, vecino/a, familiar, hijo/a) que le brinde afecto y apoyo (principalmente emocional), se sentirá satisfecho(a).

- ∞ El apoyo recibido por parte de la familia, entendido como el apoyo económico, alimenticio, con el vestido, medicamentos, recreación, no se relaciona directamente con el nivel de satisfacción en la vejez.
- ∞ Existe una relación significativa entre la satisfacción en la vejez y el recibir muestras de cariño (contención afectiva). Recibir besos, caricias, respeto, consideración y escucha por parte de los familiares y personas importantes para el adulto(a) mayor; repercute en el tener un más alto nivel de satisfacción en la vejez.
- ∞ El número de amigos(as) que tienen las personas adultas mayores no afecta directamente la satisfacción. No hay diferencia entre quienes tienen un único amigo(a) o muchos amigos(as). Más que el número, interesa el tipo de relación que se establezca, saber que se tiene al menos una persona con quien contar y confiar.
- ∞ El tipo de vínculo que se establezca con los amigos(as), donde la persona adulta mayor se sienta apreciada y querida, va a influir significativamente en la satisfacción.
- ∞ Mostrar afecto y cariño a las personas adultas mayores es un aspecto fundamental en su satisfacción y calidad de vida. Es importante que la familia, vecinos(as), amigos(as) y demás personas alrededor del geronte le muestren frecuentemente respeto, cariño y afecto; lo escuche, compartan tiempo con él(ella), lo abracen, etc.
- ∞ El realizar actividades con las amistades y la frecuencia con que se reúnen con éstas no incide en un mayor nivel de satisfacción en la vejez. Más que la cantidad del contacto, es la calidad del mismo lo que favorece el tener un mayor nivel de satisfacción.

- ∞ Las personas con altos niveles de satisfacción en la vejez son quienes se muestran más autónomos(as) e independientes en cuanto a la realización de actividades cotidianas. El sentirse autónomo es un punto clave para alcanzar el envejecimiento satisfactorio.
- ∞ Las capacidades, habilidades físicas y mentales, y la energía disminuyen con los años, sin embargo; ello no implica que se deba infantilizar al adulto(a) mayor, ni impedirle la realización de actividades. Por el contrario, se debe promover que éstos realicen actividades por sí solos(as), tomen sus decisiones, tengan cierto control de su vida y se sientan útiles e importantes; aún cuando requieran ayuda para realizar ciertas tareas.
- ∞ El nivel de satisfacción en la vejez se relaciona positivamente con el número de actividades realizadas por la persona adulta mayor. El tipo de actividad realizada no afecta el nivel de satisfacción. Lo importante es realizar actividades, pero no el tipo de actividad específica.
- ∞ Se recomienda al EBAIS de Montes de Oca, y demás entes relacionados con: educación, salud, recreación, política, religión, etc. crear grupos de diversos tipos y motivar a las personas con más de 65 años de edad a participar activamente en éstos.
- ∞ El respaldo a los estereotipos negativos sobre la vejez incide en el nivel de satisfacción de las personas adultas mayores. Estas atribuciones negativas afectan la imagen que el adulto(a) mayor se forma de sí mismo(a) y de sus pares, de manera que si se concibe ésta etapa como poco atractiva, aburrida, llena de enfermedades, tristezas, soledad, etc. la vivencia de la misma será poco satisfactoria.
- ∞ Es necesario asumir la responsabilidad de tomar acciones y medidas tendientes a la eliminación de los estereotipos negativos de la vejez. Estas acciones deben promover

una visión más realista de esta etapa, tanto en las mismas personas adultas mayores como en el resto de la población en general. Ello con dos objetivos: 1. que niños(as), jóvenes y adultos(as) no posean una visión estereotipada de la vejez contribuye a que en el futuro, cuando ellos(as) lleguen a ser personas adultas mayores, tengan una visión realista de esta etapa y la vivan (vivan sus cambios) de manera más satisfactoria; 2. erradicar los estereotipos entorno a la vejez, en la población en general, contribuye a que no se presenten acciones discriminatorias contra las personas mayores de 65 años de edad.

- ∞ Se recomienda favorecer los espacios de encuentro intergeneracionales, destacando la experiencia de personas adultas mayores con una vejez exitosa.
- ∞ El ser y percibirse como víctima de discriminación, por razones de la edad, afecta negativamente la satisfacción en la vejez. De manera que a mayor percepción de la discriminación, menor nivel de satisfacción en la vejez.
- ∞ Las acciones discriminatorias que influyen en mayor medida sobre la satisfacción son el recibir un trato injusto, la violación de los derechos, el impedimento de la realización y participación en actividades.
- ∞ El escuchar chistes o bromas de las personas mayores, el recibir insultos, o el ser tratados como niños(as), no se relaciona directamente con la satisfacción en la vejez, sin embargo, son acciones que afectan negativamente otros aspectos de las vidas de los y las gerontes, como, la autonomía, el sentirse solo(a), poco útil y triste.
- ∞ Si bien es cierto que se han creado leyes como la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N° 7935), o la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con

Discapacidad (Ley N° 7600), en las cuales se establecen medidas para eliminar la discriminación, garantizar el cumplimiento de los derechos y beneficios para ésta población (descuentos en tiendas, servicio de transporte público gratuito, etc.), es necesario hacer conciencia y sensibilizar a la población en general para que brinden un trato justo, respetuoso e igualitario hacia las personas adultas mayores, puesto que este es su derecho y no un favor.

- ∞ Hay una mayor cantidad de mujeres mayores de 65 años de edad con respecto a los hombres, conforme aumenta la edad es mayor la proporción de mujeres. Hay una superior supervivencia femenina, lo cual indica que se debe prestar mayor atención a la salud de estas mujeres, para que experimenten una mejor calidad de vida.
- ∞ Aunque en el presente estudio no se observaron diferencias por sexo y edad con respecto al nivel de satisfacción en la vejez, se recomienda el realizar investigaciones en otras zonas geográficas y sociales y con muestras de mayor número con el fin de determinar si estos factores repercuten en la satisfacción de las personas adultas mayores o no.
- ∞ Existe una relación significativa entre la edad y el nivel educativo, de tal modo a menor edad, mayor nivel educativo, y a mayor edad, menor nivel educativo. Conforme han pasado los años las personas han tenido un mayor acceso a la educación. Realizando una proyección a futuro, es probable que la población adulta mayor dentro de 15 años tenga mayores niveles educativos que la actual, por lo que posiblemente también varíen sus condiciones de vida, necesidades, intereses y características en general; haciéndose indispensable el seguir estudiando esta

población y etapa de la vida con el fin de responder a sus particularidades y promover la calidad de vida.

- ∞ La mayor parte de las personas adultas mayores reciben ingresos económicos, los mismos provienen principalmente de dos fuentes, la pensión y la familia. Sin embargo, los adultos(as) mayores no se encuentran satisfechos con los ingresos recibidos, denunciando que estos no alcanzan para satisfacer sus necesidades básicas. Se puede presumir que los montos de pensiones no se ajustan a los requerimientos de los(as) gerontes (compra de medicamentos, alimentos, vestido, recreación, audífonos, lentes, entre otros.), por lo que se debería estudiar las necesidades de las personas adultas mayores y los montos de las pensiones para que estos sean correspondientes.
- ∞ Hay un mayor porcentaje de hombres pensionados que de mujeres, lo cual hace que éstas requieran más del apoyo económico por parte de la familia, amistades o programas sociales. Ello hace a la población femenina mayor de 65 años un grupo vulnerable, lo que muestra la urgente necesidad de que la ejecución de políticas, programas y acciones de atención consideren dichas diferencias de género.
- ∞ El nivel educativo influye en que los ingresos satisfagan las necesidades básicas de los gerontes. Posiblemente aquellos adultos(as) mayores con un nivel educativo alto, tuvieron empleos que les permitieron tener pensiones mejor remuneradas, lo que les facilita satisfacer sus necesidades básicas. Debiendo prestársele atención a la población con bajos niveles educativos, y por ende con pocos recursos económicos.
- ∞ Los y las sujetos con un mayor nivel educativo tienden a reportar menor número de enfermedades, seguramente han tenido y tienen mayor acceso a servicios médicos, dietas más balanceadas, posibilidades de practicar deportes y actividades recreativas o

de auto cuidado. Por eso es relevante que la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Clínicas y Centros de Salud, brinden más información sobre los recursos de atención primaria de salud y prevención de enfermedades dirigidas a la población adulta mayor, con menores recursos económicos.

- ∞ La mayoría de las personas adultas mayores padecen de alguna enfermedad, además con la edad el número de padecimientos aumenta, por lo cual es fundamental garantizar la atención en salud a la población mayor, brindando un servicio oportuno, de calidad y respetuoso de sus derechos. Asimismo, realizar un trabajo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el cual se motive la participación en actividades diversas, el practicar deportes, la alimentación sana y los hábitos saludables como garantía de una población envejecida más saludable y más satisfecha.
- ∞ En general la mayoría de los(as) adultos mayores considera su salud como muy buena. Para calificar el estado de salud los(as) senescentes se basan en el grado de realización de actividades, de autonomía e independencia para hacer tareas por sí mismos(as). Por lo cual resulta de gran importancia que la o el adulto mayor pueda conservar, en la medida de sus posibilidades, un mayor grado de autonomía y una vida activa.
- ∞ El apoyo familiar no influye directamente en la satisfacción en la vejez, aunque sí se relaciona con la contención afectiva y la realización de actividades. El apoyo familiar se convierte en un promotor de una vida más satisfactoria, pues es una forma de demostrar cariño y preocupación por el y la geronte y sus necesidades.
- ∞ A medida que aumentan los años, se tiende a requerir y recibir más apoyo familiar. Sin embargo, este apoyo no debe ser excesivo, de forma que infantilice a la persona adulta mayor, no permitiéndole salir, manejar dinero y realizar diversas actividades.

- ∞ Las personas adultas mayores que reciben muestras de afecto, son escuchados(as) y respetados(as) por su familia y/o personas importantes para ellos(as); se sienten más satisfechos(as), felices y con ganas de vivir, que quienes no reciben muestras de cariño. De ahí la importancia de que estas muestras de afecto sean promovidas y practicadas en la familia.
- ∞ Contar con redes importantes de apoyo y reunirse frecuentemente con los amigos(as) son aspectos considerados como factores protectores y de apoyo a la persona adulta mayor, pues cuando ésta se siente apreciada y querida por sus amigos(as) se muestra más satisfecha y se percibe menos excluida o discriminada.
- ∞ La promoción de grupos recreativos, deportivos, religiosos, educativos, políticos, etc. sirve como estrategia para ampliar las redes sociales y de apoyo de los senescentes, por lo cual se recomienda que en otras zonas del país se formen grupos donde los y las mayores participen activamente y compartan con otras personas de su elección.
- ∞ Conforme aumenta la edad es menor el número de actividades realizadas, por lo cual se debe incentivar la realización de actividades para los(as) adultos mayores de todas las edades, poniendo especial atención a aquellos con más de 70 años de edad. Se recomienda al EBAIS de Montes de Oca, PAIS y demás instituciones, realizar campañas de divulgación acerca de la importancia de la actividad física y mental, y los grupos y actividades existentes para las personas adultas mayores.
- ∞ Los grupos o actividades que se promuevan desde el EBAIS de Montes de Oca y las distintas instituciones, deben tomar en consideración las características, necesidades e intereses particulares del grupo de adultos(as) mayores, observando diferencias de género, edad, entre otros, por cuanto esta es una población muy amplia y heterogénea.

- ∞ El nivel de salud y la realización de actividades en la vejez se relacionan entre sí. De ahí que se recomienda a las instituciones dedicadas a la salud y a la calidad de vida de la población adulta mayor, específicamente al EBAIS de Montes de Oca, promover estilos de vida saludables, autónomos y activos.
- ∞ Los(as) sujetos adultos mayores para proteger su imagen contra los estereotipos negativos de la vejez, tienden a adoptar una visión idealizada de esta etapa, resaltando los estereotipos positivos de amistad, divertidos, cariñosos(as), bonachones, etc.
- ∞ El respaldo de los estereotipos negativos de la vejez conlleva a una limitación en la realización de actividades, un sentimiento de inutilidad, de que las cosas empeoran con el pasar de los años e insatisfacción.
- ∞ Es necesario tomar medidas para erradicar los estereotipos y adoptar una visión realista de la vejez, pues la tenencia de estereotipos afecta negativamente la satisfacción y calidad de vida de las personas adultas mayores, ya que los aísla, limita, entristece y predispone a una salud deteriorada y con pocas amistades.
- ∞ El EBAIS de Montes de Oca, PAIS y demás instituciones promover y utilizar una imagen realista y respetuosa de la vejez y las personas adultas mayores.
- ∞ Las dos formas más comunes de discriminación hacia los y las sujetos adultos mayores son los insultos por motivos de su edad y el mal trato realizado por el servicio de transporte público (no aceptando los tiquetes de Ciudadano de Oro o no permitiéndoles el acceso al servicio brindado), haciéndose necesario el tomar medidas para responder a estas situaciones y eliminar la discriminación.

- ∞ El tratar a los y las gerontes de una manera infantilizada es una forma sutil de discriminación, limitándoles las actividades, aislándoles y haciéndoles sentir poco útiles, sin respetar su experiencia y su derecho a ser tratados como personas adultas.
- ∞ Se recomienda seguir investigando alrededor de la satisfacción en la vejez, con el propósito de determinar lo que favorece o impide la satisfacción en esta etapa de la vida; y así poder diseñar programas y estrategias de intervención en pro de la satisfacción y del envejecimiento exitoso.
- ∞ Se recomienda a los entes implicados en el trabajo directo con la población adulta mayor, específicamente a los EBAIS, partir de un enfoque integral en la atención a las personas adultas mayores, el cual tome en cuenta aspectos físicos y emocionales a la hora de valorar la salud de esta población. De manera que se detecten casos de personas insatisfechas con su vida, y así poder intervenirlos oportunamente.
- ∞ Los mejores predictores del nivel de satisfacción en la vejez por orden de importancia son: auto percepción del estado de salud., número de enfermedades, el sentirse querido(a) y apreciado(a) por los amigos(as), respaldo a los estereotipos negativos de la vejez y la frecuencia con que las personas e instituciones violentan los derechos de las personas adultas mayores.
- ∞ Se propone la utilización del instrumento empleado en esta investigación como una herramienta metodológica útil en el campo de la psicología y la gerontología, para conocer las condiciones de vida de los(as) gerontes y su influencia en la satisfacción.

- ∞ Se recomienda el uso de cuestionarios en el trabajo con la población adulta mayor, debido a que dicha metodología permite abarcar mayor número de personas e indagar sobre diversos temas, en poco tiempo.
- ∞ Se recomienda la validación de instrumentos que se han utilizado en otros contextos, a la población adulta mayor costarricense; con el propósito de tener más herramientas para conocer y trabajar con este grupo.
- ∞ Se propone la creación de una red interinstitucional entre los distintos entes encargados del trabajo y atención con la población adulta mayor, con el fin de conformar una plataforma de servicios, donde el y la geronte pueda acudir y que sus necesidades sean cubiertas de una manera integral.
- ∞ Se sugiere aprovechar el recurso de los Trabajos Comunales Universitarios (TCU), prácticas profesionales y otros servicios brindados por la Universidad de Costa Rica y demás casas de enseñanza, de manera que el aporte de carreras como psicología, trabajo social, sociología, medicina, enfermería, nutrición, odontología, terapia física, educación física, bellas artes, música, entre otros, enriquezca el servicio ofrecido a las personas adultas mayores, ofreciendo mayores opciones de atención.
- ∞ Se plantea la posibilidad de que los resultados obtenidos en esta investigación sean conocidos por diversos entes comprometidos con la atención de la población adulta mayor, tales como: Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO), Concejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), Hogares de Ancianos y Centros Diurnos, Hospital Blanco Cervantes, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Defensoría de los Habitantes, Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), entre otros.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca, L. (1998). Perfil demográfico: Resumen de la situación de la población de Costa Rica, con énfasis en la población mayor. Asociación Gerontológica Costarricense. Costa Rica.
- Achenbaum, W. (1998). Perceptions of aging in America. National Forum. 78 (2), 30-34.
- Aleixandre, M. (2004). Trastornos cognitivos y afectivos en la vejez. La soledad. En: Yuste, N.; Rubio, R. y Aleixandre, M. (comp.). Introducción a la Psicogerontología. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Allport, G. (1954). The nature of prejudice. Reading, MA: Perseus Book.
- Alpízar, C. (1990). La crisis de la cincuentena. Cuadernos de Gerontología. Caja Costarricense del Seguro Social. Programa de Capacitación e Información sobre la Tercera Edad.
- Arber, S. y Jay, G. (1995). Mera conexión: relaciones de género y envejecimiento. Relación entre género y envejecimiento. Un enfoque sociológico. Madrid: Ediciones Narcea.
- Área de Salud de Montes de Oca. (2006). Análisis de Situación Integral de Salud, del Área de Salud de Montes de Oca (2004-2006). Costa Rica.
- Área de Salud de Montes de Oca. (2006). Balances de Atención Primaria de Salud 2005-2006. Costa Rica.
- Arias, R.; Bonilla, M.; López, M. y Ruiz, E. (1995). Significado que dan los y las adolescentes a sus percepciones con respecto a los adultos mayores. Seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias de la Educación con énfasis en Orientación Educativa. Universidad de Costa Rica.
- Austrom, M; Perkins, A; Damush, T y Hendrie, H (2003). Predictors of life satisfaction in retired physicians and spouses. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 38 (3). 134-141. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Bajekal, M.; Blane, D.; Grewal, I.; Karlsen, S. y Nazroo, J. (2004). Ethnic differences in influences on quality of life at older ages: a quantitative analysis. Ageing & Society 24, 709–728. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Barrantes, A.; Valenciano, M. y Murillo, F. (1998). Factores protectores con relación a la calidad de vida de las adultas mayores del Grupo Acción. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica.
- Barrenechea, S; Chacón, S; Ramírez, M, Rivera, Y; Rodríguez, E; Rodríguez, P; Ulloa, L; Vásquez, A; Quesada, K; Zeledón, R. (2000). Vejez, Empleo y Calidad de Vida. Taller de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica.
- Barros, C y Herrera, S. (2003). Percepción de Apoyo Social y su Relación con el Bienestar Psicosocial de los Adultos Mayores en el Gran Santiago. IV Congreso Latinoamericano de Geriatria y Gerontología. Disponible en: www.uc.cl/sociología/pdf/ponencia.pdf.

- Beaumont, J. y Kenealy, P. (2004). Quality of life perceptions and social comparisons in healthy old age. Ageing & Society. 24, 755–769. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Beckett, M.; Goldman, N.; Weinstein, M.; Lin, I. y Chuang, Y. (2002). Social environment, life challenge, and health among the elderly in Taiwan. Social Science & Medicine 55 ,191–209. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Biggs, S. (2005). Beyond Appearances: Perspectives on Identity in Later Life and Some Implications for method. The Journals of Gerontology. 60B (3), S118-128. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Bonilla, F. (1994). Estudiantes universitarios: sus opiniones sobre el envejecimiento y la mujer anciana. Revista de Educación 18. (1)
- Bonilla, F. (1995). Percepción del envejecimiento en estudiantes de carreras de ayuda de la Universidad de Costa Rica. Revista de Ciencias Sociales. (70), 97-109.
- Bowling, A.; Farquhar, M.; Browne, P. (1991). Life satisfaction and associations with social network and support variables in three samples of elderly people. International Journal of Geriatric Psychiatry. 6, 549-566. (Recuperado [20, julio, 2004] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Brown, R. y Gaertner, S. (compiladores) (2003). Blackwell Handbook of Social Psychology. Intergroup Processes. Oxford, UK: Blackwell.
- Bukov, A.; Maas, I. y Lampert, T. (2002). Social Participation in Very Old Age: Cross-Sectional and Longitudinal Finding from BASE. The Journals of Gerontology. 57B (6), P510. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Cea D' Ancona. (1999). Metodología cuantitativa: Estrategias y técnicas de investigación social. España: Editorial Síntesis.
- Celso, B; Ebener, D y Burkhead, E. (2003). Humor coping, health status, and life satisfaction among older adults residing in assisted living facilities. Aging & Mental Health. 7(6), 438–445. Recuperado [20, julio, 2004] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica (CCP-UCR), (2004). Infocensos. (Recuperado 24, abril, 2006). Disponible en: <http://infocensos.ccp.ucr.ac.cr>
- Chang, E.; Hancock, K.; Chenoweth, L.; Jeon, Y-H.; Glasson, J.; Gradidge, K. y Graham, E. (2003). The influence of demographic variables and ward type on elderly patients' perceptions of needs and satisfaction during acute hospitalization. En: International Journal of Nursing Practice; 9: 191–201 (Recuperado [20, Julio, 2004] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Chavarría, F. (2003). Información General del PAIS. Universidad de Costa Rica. Vicerrectoría de Acción Social. Programa de Atención Integral de Salud. Convenio UCR-CCSS.

- Chou, K. y Chi, I. (1999). Determinants of life satisfaction in Hong Kong Chinese elderly: a longitudinal study. *Aging & Mental Health*. 3 (4), p. 328-335 (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Clark, R., Anderson, N. B., Clark, V. R., & Williams, D. R. (1999). Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *American Psychology*. (54), 805-816.
- Clark, K., y Clark, M. (1939). The development of consciousness of self and the emergence of racial identification in Negro preschool children. *Journal of Social Psychology*. (10), 591-599.
- Cummings, S. (2002). Predictors of psychological well-being among assisted-living residents. *Health & Social Work*. 27 (4), 293-302. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Diehl, H y Ludington, A (1999) *Vida dinámica: salud y vigor para toda la familia*. Estados Unidos de América. Asociación Publicadora Interamericana.
- Dunér, A. y Nordström, M. (2005). Intentions and strategies among elderly people: Coping in everyday life. *Journal of Aging Studies*. 19, 437-451. (Recuperado [6, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Easterbrook, L. y Jones, B. (2004). Enjoying living alone. *Working With Older People*. 8 (4), 18. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Erikson, E. (1973). *Identität und Lebenszyklus: Drei Aufsätze*. Frankfurt am Main, Germany: Suhrkamp.
- Evandrou, M. y Glaser, K. (2004). Family, work and quality of life : changing economic and social roles through the lifecourse. *Ageing & Society*. 24, 771-791. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Federación Internacional sobre el Envejecimiento (1993). *Una población en vías de envejecimiento: Enfoques en los centros abiertos*. Chile.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Calidad de vida: Las condiciones diferenciales, *Revista Oficial Colegio Psicólogos de España*. 2 (1), 57-65. Disponible en: www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/sociedad/sociedad11.htm
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Envejecer bien: qué es y cómo lograrlo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fine, M. y Glendinning, C. (2005). Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of 'care' and 'dependency'. *Ageing & Society*. 25, 601-621. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Frieswijk, N.; Buunk, B.; Steverink, N. y Slaets, J. (2004). The Interpretation of Social Comparison and Its Relation to Life Satisfaction among elderly people: does frailty make a difference. *The Journals of Gerontology*. 59B (5), 250. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- García, M. (2002). La actividad y el Ocio como fuente de bienestar durante el envejecimiento. *Revista Digital Buenos Aires*. 8 (47), 2-7. Disponible en: www.efdeportes.com

- George, R. y Maguire, M. (1998). Older women training to teach. Gender and Education. 10 (4), 417-436. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Grundy, E. y Bowling, A. (1999). Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life. Aging & Mental Health. 3 (3), 199- 210. (Recuperado [20, julio, 2004] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Hedelin, B. y Strandmark, M. (2001). The Meaning of Depression from the Life-World Perspective of Elderly Women. Issues in Mental Health Nursing. 22, 401-420. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Hernández, G. (1999). 1999: Un año dedicado a los adultos y las adultas mayores. Revista Costarricense de Trabajo Social. 5-10.
- Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, L. (1998). Metodología de la Investigación. 2 ed. México: Mc Graw-Hill.
- Hidalgo, J. (1993). Hacia una gerontología social crítica. Reflexiones (8), 15-27.
- Hidalgo, J. (1994). La fenomenología social y el envejecimiento. Resumen de Ponencia. Asociación Gerontológica Costarricense. Costa Rica.
- Hidalgo, J. (1998). La cosificación en la gerontología. Reflexiones (69), 31-45.
- Hidalgo, J. (2001). El envejecimiento: aspectos sociales. 1ed. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Horowitz, R. (1939). Racial aspects of self-identification in nursery school children. The Journal of Psychology. (7), 91-99.
- Huenchuán, S. (2001). Diferencias sociales en la vejez: aproximaciones conceptuales y teóricas. Cuarto Congreso Chileno Antropología: Antropología de la vejez. Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Santiago de Chile. Disponible en: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s2304.html>
- Inga, J y Vara, A (2002). Calidad y Satisfacción de Vida de los Adultos Mayores de 60 años en Lima- Perú. Estudio Piloto y Análisis Psicométrico. Disponible en: www.geocities.com/adm_peru/adulto.htm.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2002). Censo de Población Características Sociales Censo 2000. Disponible en: www.inec.go.cr
- Jacob, J. (1988). Ageism. Vital Speeches of the Day. 54 (11), 332-335. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Jamjan, L. y Jerayingmongkol, P. (2002). Self-Image of People in Their Fifties. Nursing & Health Sciences. 4 (3), A4. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Jamjan, L; Maliwan, V.; Pasunant, N.; Sirapo-ngam, Y. y Porthiban, L. (2002). Self-Image of Aging: A Method for Health Promotion. Nursing & Health Sciences. 4 (3), A6. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).

- Jarallah, J. y Al-Shammari, S. (1999). Factors associated with health perception of Saudi elderly. Journal of Cross-Cultural Gerontology. 14, 323–334. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Jokinen, N. y Brown, N. (2005). Family quality of life from the perspective of older parents. Journal of Intellectual Disability Research. 49, 789- 793. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Kahn, J; Hessling, R y Russell, D (2002). Social support, health, and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity?. Personality and Individual Differences 35, 5–17. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Kalish, R. (1991). La vejez: perspectivas sobre el desarrollo humano. En: Procesos básicos y envejecimiento individual. España: Ediciones Pirámide.
- Kitamura, T.; Kawakami, N.; Sakamoto, S.; Tanigawa, T.; Ono, Y. y Fujihara, S. (2002). Quality of life and its correlates in a community population in a Japanese rural area. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 56, 431–441. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Kluge, M. (2002). Understanding the Essence of a Physically Active Lifestyle: A Phenomenological Study of Women 65 and Older. Journal of Aging and Physical Activity. 10. 4-27. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Kovaleva, N. (2002). The Elderly: Their Sense of Social Well-Being. Sociological Research, vol. 41, (6), 47–56. (Recuperado [20, julio, 2004] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Kozma, A.; Stones, J. y Reker, G. (s.f.). La Felicidad a lo Largo de la Vida. Disponible en: <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/sociedad/sociedad18.htm>
- Kwee Ho, Kozo M, Taizo W, Miyuki K, Shoki Y, Kuniaki O, Michiko F, Toru K y Kiyofumi S. (2003). What determines the life satisfaction of the elderly? Comparative study of residential care home and community in Japan. Geriatrics and Gerontology International. (3), 79–85. (Recuperado [20, julio, 2004] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Landrine, H., & Klonoff, E.A. (1997). Discrimination against women (prevalence, consequences, remedies. Thousand Oaks, E.U.A: SAGE Publications.
- Lerh, U. (1980). Psicología de la Senectud. Barcelona: Herder.
- Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. N° 7600. 29 de mayo 1996.
- Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. N° 7935. 25 de octubre 1999.
- Lewin, K. (1952). Field theory in social science. New York, USA: Haper & Row.
- Li, L; Liang, J; Toler, A y Gu, S. (2005). Widowhood and depressive symptoms among older Chinese: Do gender and source of support make a difference?. Social Science & Medicine 60. 637–647. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).

- Litwin, H. y Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and wellbeing in later life : what really matters?. Ageing & Society 26, 225–242. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Macready, N. (1998). Older patients choose quantity over quality of life. The Lancet. 351 (9100), 422. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Mafullul, Y. y Morriss, R. (2000). Determinants of Satisfaction with Care and Emotional Distress Among Informal Carers of Demented and Non-Demented Elderly Patients. International Journal of Geriatric Psychiatry. 15, 594-599. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Márquez, A. (2004). Consideraciones sobre Maltrato y Violencia en la Vejez. Red Latinoamericana de Gerontología. Disponible en: <http://Www.Gerontologia.Org/Portal/Information/Showinformation.Php?Idinfo=217>
- Méndez, A. y Bonilla F. (1999). Cambios de funcionalidad en mujeres mayores del área rural costarricense. Revista Costarricense de Trabajo Social (9), 13-21.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), (1998). Costa Rica: Panorama Nacional 1997, Balance Anual Social, Económico y Ambiental. Costa Rica: MIDEPLAN
- Montorio, I. (1994). La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica. Madrid: INSERSO.
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez. Anales de psicología 14. (1), 13-25. Universidad de Murcia, España. Disponible en: <http://www.latindex.unam.mx/busquedas/catalogotitulo.html>.
- Morrow, I. (2005). Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons. Personnel Psychology. 58 (3), 821. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Mulley, G. (1997). Myths of ageing. The Lancet. 350 (9085), p. 1160. (Recuperado [20, julio, 2004] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Muse, T. (2005). Motivation and Adherence to Exercise for Older Adults. Topics in Geriatric Rehabilitation. 21 (2), 107-115. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Novoa, G. (2001). Desarrollo personal en la vejez. Cuarto Congreso Chileno Antropología: Antropología de la vejez. Comité Nacional para el Adulto Mayor. Chile. Disponible en: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s2304.html>
- Nué, A. (2001). Percepciones y auto percepciones de ancianos en Santa Cruz de Andamarca. Asociaciones con actividad y productividad, y salud y muerte en una comunidad de la sierra de Lima. Cuarto Congreso Chileno Antropología: Antropología de la vejez. Pontificia Universidad Católica del Perú. Disponible en: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s2304.html>
- Oddone, M. (2001). Actitudes percepciones y expectativas de las personas de mayor edad. Disponible en: <http://www.flacso.org.ar/posgrados/cursos/ig/pdf/tomoI.pdf>.

- Organización Panamericana de la Salud. (1992). Salud de los ancianos una preocupación de todos.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (1998). Salud de las personas de edad. 25º Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington.
- Overdorf, V. (2005). Images and Influences in the Promotion of Physical Activity. Quest. National Association for Kinesiology and Physical Education in Higher Education. 57, 243-254. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Peters, K.; Rogers, R. (1997). The effects of perceived health status and age on elder's longevity. The International Journal of Sociology and Social Policy *Patrington*. 17, (9-10). (Recuperado [20, julio, 2004] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Phaladze, N.; Human, S.; Dlamini, S.; Hulela, E.; Hadebe, I.; Sukati, N.; Makoae, L.; Seboni, N.; Moleko, M. y Holzemer, W. (2005). Quality of Life and the concept of "Living Well" With HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. Journal of Nursing Scholarship. 37 (2), 120-126. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Phillips, J.; Bernard, M.; Phillipson, C. y Ogg, J. (2000) Social support in the later life: a study of three areas. British Journal of Social Work 30 837-853. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Pickering, G.; Jourdan, D.; Eschaliier, A. y Dubray, C. (2002). Impact of Age, Gender and Cognitive Functioning on Pain Perception. Behavioural Science Section Gerontology. 48, 112–118. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Pinquart, M. (2001). Good News About the Effects of Bad Old-Age Stereotypes. Experimental Aging Research. (28), 317-336. (Recuperado [20, julio, 2004] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Pochtar, N. y Pszemiarower, S. (2002) Adultos mayores y sus derechos: Entre Viena 1982 y Madrid 2002. Disponible en: http://www.apdh-argentina.org.ar/comisiones/adultos_mayores/entreviena.htm
- Poortman, A. y Tilburg, T. (2005). Past experiences and older adults' attitudes: A lifecourse perspective. Ageing & Society. 25, 19–39. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Porter, E (2005). A Phenomenological Perspective on Older Widows' Satisfactions With Their Lives. Research on Aging. 27 (1). 80-115. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Proyecto Estado Nación. (2005). Undécimo Informe del Estado de la Nación 2001-2004. Costa Rica. Disponible en: www.estadonacion.or.cr
- Radan, A. y Ramírez, A. (1985). Funcionamiento intelectual y emocional del anciano. Revista de Ciencias Sociales. (29), 43-46.
- Ramírez, M. y Ulloa, E. (1990). Imagen de la vejez. Cuadernos de Gerontología. (2).
- Redfern, S.; Hannan, S.; Norman, I. y Martin, F. (2002) Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in a nursing home. Health and Social Care in the

Community 10 (6), 512–517. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).

Redondo, N. (1990). Ancianidad y Pobreza: una investigación en sectores populares urbanos. Buenos Aires: Humanitas.

Rennemark, M. y Hagberg, B. (1997). Sense of coherence among the elderly in relation to their perceived life history in an Eriksonian perspective. Aging & Mental Health. 1 (3), 221. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).

Rubio, R. (2004). Vejez y futuro. Estilos de vida y vejez con éxito. En: Yuste, N.; Rubio, R. y Aleixandre, M. (comp.). Introducción a la Psicogerontología. Madrid: Ediciones Pirámide.

Salvareza, L. (s.f.). Psicogeriatría: Teoría y Clínica. Buenos Aires: Paidós.

Sánchez, D. (1990). Trabajo Social y Vejez: Teoría e Intervención. Buenos Aires: Humanitas.

Sánchez M , Montorio I, Izal Fernándezde Trocóniz M, y Losada A (2002), Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. Revista Multidisciplinaria Gerontológica, 12(2), 61-71. Disponible en: <http://copsa.cop.es/congresoiberroa/base/envejeci/envt6.htm>

Sarvimaki, A. y Lie, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. Journal of Advanced Nursing. 32(4),1025-1033. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).

Scanlon-Mogel, J. y Roberto, K. (2004). Older adults' beliefs about physical activity and exercise: Life course influences and transition. Quality in Ageing. 5 (3), 33. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).

Schneider, G.; Driesch, G.; Kruse, A.; Wachter, M.; Nehen, H y Heuft, G.(2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. Archives of Gerontology and Geriatrics. 39 (3) 227-237. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).

Schmitt, M., Branscombe, N. y Postmes, T. (2003). Women's emotional responses to the pervasiveness of gender discrimination. European Journal of Social Psychology. (33), 297-312.

Seeman, T.; Glej, D.; Goldman, N.; Weinstein, M.; Singer, B. y Lin, Y. (2004) Social relationships and all static load in Taiwanese elderly and near elderly. Social Science & Medicine.59, 2245–2257. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).

Shotton, L. (2003). The Role of Older People in our Communities. Nursing Ethics 10 (1) 4-17. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).

Shu-Chuan, J.; Yeh, S. y Liu, Y. (2003). Influence of social support on cognitive function in the elderly. Health Services Research. 3 (9). (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc])

- Smith, A.; Sim, J.; Scharf, T. y Phillipson, C. (2004). Determinants of quality of life amongst older people in deprived neighbourhoods. Ageing & Society. 24, 793–814. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Smith, V. (en prensa). La psicología social de las relaciones intergrupales: Modelos e hipótesis. Manuscrito en prensa en la Revista Actualidades en Psicología. Universidad de Costa Rica.
- Sörensen, S y Pinquart, M. (2001). Factors that Promote and Prevent Preparation for Future Care Needs: Perceptions of Older Canadian, German, and U.S. Women. Health Care for Women International. (23), 729–741. (Recuperado [20, julio, 2004] desde [EBSCO] database [Academia Search Elitc]).
- Strawbridge, W.; Wallhagen, M. y Cohen, R. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. The Gerontologist. 42 (6), 727. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Strydom, H. (2005). Perceptions and attitudes towards aging in two culturally diverse groups of aged males: A South African experience. The Aging Male. 8 (2), 81-89. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Thomas, D. (2001). The critical link between health-related quality of life and age-related changes in the physical activity and nutrition. The Journals of Gerontology. 56A (10), M599. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Türküm, A. (2005). Do optimism, social network richness, and submissive behaviors predict well-being? Study with a Turkish sample. Social Behavior And Personality. 33 (6), 619-628. (Recuperado [22, septiembre, 2005] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Urpi, I. (1999). Realidad de las personas adultas mayores en Costa Rica. La búsqueda de una respuestas legislativa. Revista Parlamentaria. 7 (1).
- Vega, A. (1994). El sector privado y la demanda de servicios. Memoria del Seminario Jubilación e Impacto Social . Universidad de Costa Rica.
- Vela, J.; Figueiredo, S.; Batista, F.; Montaña, A. y Sotelo, T. (2002). Vejez y satisfacción con la vida en Brasil. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. 4 (1), 45-54.
- Vidal, J. (2003). Reportaje: Mitos y realidad sobre la vejez. Revista 60 y más. (220), 8-13.
- Villalobos, D. (1990). La sexualidad en la edad avanzada. Cuadernos de Gerontología. (4), 4-17.
- Warr, P.; Butcher, V. y Robertson, I. (2004). Activity and psychological well-being in older people. Aging & Mental Health. 8(2),172–183. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).
- Wiggins, R.; Higgs, P.; Hyde, M. y Blane, D. (2004). Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. Ageing & Society. 24, 693–708. Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).

- Yuste, N. (2004). Conceptuación y teorías sobre adultez y senectud. En: Yuste, N.; Rubio, R. y Aleixandre, M. (comp.). Introducción a la Psicogerontología. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Zahava, G y Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. Ageing & Society. 24, 675–691. (Recuperado [27, febrero, 2006] desde [Science Direct] database [Academia Search Elitc]).

ANEXOS

ANEXO 1:
FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para participar en el proyecto de Investigación:

Condiciones de vida y su relación con el nivel de satisfacción de la vejez:
Estudio con personas mayores de 65 años inscritas en un EBAIS de zona urbana

Equipo Investigador: *Magali Acuña Picado.*

Silvia Viquez Campos.

Nombre del participante: _____.

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: el presente estudio consiste en el Trabajo Final de Graduación, para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica. El objetivo del proyecto es conocer la relación entre el nivel de satisfacción que tienen las personas mayores de 65 años sobre la etapa de la vejez, y las condiciones de vida de dichas personas.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: si acepto participar en este estudio, se me realizará lo siguiente: Se me aplicará un cuestionario, en el que se harán preguntas acerca de mi edad; sexo; nivel educativo; nivel económico; participación en actividades recreativas, laborales y educativas; nivel de salud; sistema familiar y redes sociales. Así como mi opinión y satisfacción en la vejez.

C. RIESGOS:

Mi participación en este estudio no conlleva ningún riesgo físico, psicológico o legal.

D. BENEFICIOS: como resultado de mi participación en este estudio, no obtendré ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que las investigadoras aprendan más acerca de la vejez y este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro, procurando mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores y tratando de eliminar los estereotipos sociales entorno a la vejez.

E. He hablado con Magali Acuña y Silvia Viquez sobre este estudio y me han contestado todas mis preguntas. Si más adelante quisiera información puedo obtenerla llamando a Magali Acuña al teléfono 443 9844 ó a Silvia Viquez al 446 6196. Además, puedo consultar al Ministerio de Salud al 223 2612 sobre los Derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 207 4201 ó 207 5839.

F. Recibiré una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.

G. Mi participación en este estudio es voluntaria. Tengo derecho a negarme a participar o a dejar de hacerlo en cualquier momento. Sin que esto tenga repercusiones.

H. Mi participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

I. No perderé ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, acedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma del sujeto.

Fecha:

Nombre, cédula y firma del testigo.

Fecha:

Nombre, cédula y firma del equipo investigador.

Fecha:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para participar en el proyecto de Investigación:

Condiciones de vida y su relación con el nivel de satisfacción de la vejez:

Estudio con personas mayores de 65 años inscritas en un EBAIS de zona urbana

Equipo Investigador: *Magali Acuña Picado.*

Silvia Víquez Campos.

Yo, (nombre del participante) _____, de forma voluntaria acepto participar como sujeto de investigación en el estudio titulado: Condiciones de vida y su relación con el nivel de satisfacción de la vejez: Estudio con personas mayores de 65 años inscritas en un EBAIS de zona urbana. El cual consiste en el Trabajo Final de Graduación, para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica de Magali Acuña Picado y Silvia Víquez Campos. El objetivo del proyecto es conocer la relación entre el nivel de satisfacción que tienen las personas mayores de 65 años sobre la etapa de la vejez, y las condiciones de vida de dichas personas.

Como parte de mi participación se me aplicará un cuestionario, en el que se harán preguntas acerca de mi edad; sexo; nivel educativo; nivel económico; participación en actividades recreativas, laborales y educativas; nivel de salud; sistema familiar y redes sociales. Así como mi opinión y satisfacción en la vejez.

Mi participación en este estudio no conlleva ningún riesgo físico, psicológico o legal. Ni tampoco obtendré ningún beneficio directo, sin embargo, mi colaboración hará posible que las investigadoras aprendan más acerca de la vejez y este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro, procurando mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores y tratando de eliminar los estereotipos sociales entorno a la vejez.

He hablado con Magali Acuña y Silvia Víquez sobre este estudio y me han contestado todas mis preguntas. Si más adelante quisiera información puedo obtenerla llamando a Magali Acuña al teléfono 443 9844 ó a Silvia Víquez al 446 6196.

Recibiré una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.

Mi participación en este estudio es voluntaria y confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima. Tengo derecho a negarme a participar o a dejar de hacerlo en cualquier momento. Sin que esto tenga repercusiones.

No perderé ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, acedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma del sujeto.

Fecha:

Nombre, cédula y firma del testigo.

Fecha:

Nombre, cédula y firma del equipo investigador.

Fecha:

Nombre, cédula y firma.

Fecha:

ANEXO 2: CUESTIONARIO

Condiciones de vida y su relación con el nivel de satisfacción de la vejez:
estudio con personas mayores de 65 años inscritas en un EBAIS de zona urbana

Introducción: Nosotras somos estudiantes de Psicología de la Universidad de Costa Rica (UCR) y estamos realizando nuestro trabajo final de graduación sobre la vejez. El estudio se llama: “Condiciones de vida y su relación con el nivel de satisfacción de la vejez: estudio con personas mayores de 65 años inscritas al EBAIS de Vargas Araya”. Lo hemos elegido a usted de entre otras personas adultas mayores al azar. Su participación es voluntaria, y anónima, es decir su nombre no aparecerá en el reporte final. El trabajo consiste en pasar un cuestionario con preguntas sobre diferentes temas.

Instrucciones: A continuación se le formularán varias preguntas, las que deberán ser contestadas con sinceridad. De ser necesario se le repetirá la pregunta. ¡Gracias por su colaboración!

I. Datos generales:

Codificación

1. Edad:

1. 65-70 años
2. 71-75 años
3. 76-80 años
4. 81 o más

2. Sexo:

1. F
2. M

3. Nivel educativo:

1. Ninguno
2. Primaria Incompleta
3. Primaria Completa
4. Secundaria Incompleta
5. Secundaria Completa
6. Universitaria Incompleta
7. Universitaria Completa
8. Técnica
9. Otra

Especifique:

4. Estado civil:

1. Soltero(a)
2. Casado(a)
3. Unión libre(a)
4. Divorciado(a)
5. Viudo(a)

5. ¿Recibe usted ingresos económicos?

1. No (pase a la pregunta 7)

--

2. Sí

6. ¿De dónde recibe sus ingresos económicos?

1. De su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De su pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De su trabajo actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De sus amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De programas sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especifique: _____

7. ¿Considera usted que sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas

(alimentación, vestido, vivienda)?

2. Sí (pase a la pregunta 9)

1. No

8. Si considera que NO explique ¿Porqué?

1. _____
2. _____
3. _____

II. Salud

9. ¿Padece usted de alguna enfermedad?

1. No (pase a la pregunta 11)

2. Sí

10. ¿Qué enfermedad padece?

Diabetes ()

Hipertensión ()

Osteoporosis ()

Otra (): especifique: _____

11. ¿Si compara su salud con la de otras personas de su edad usted la calificaría de?

1. Buena

2. Regular

3. Mala

III. Sistema Familiar

12. ¿Tiene hijos(as)?

1. No

2. Sí

13. ¿Con quién(es) vive usted?

1. Solo(a):

2. Compañero(a):

3. Hijos(a):

4. Nietos(as):

5. Amigos(as):

6. Otros:

Especifique: _____

14. ¿Qué tipo de apoyo recibe de su familia? (Recibe usted apoyo de su familia)

	Siempre	A veces	Nunca	
1.Espiritual				
2.Económica	2	1	0	
3.Alimenticias	2	1	0	
4. Recreación	2	1	0	
5.Medicamentos	2	1	0	
6.Vestido	2	1	0	
7.Otras	2	1	0	

Especifique: _____

15. ¿Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas de sus familiares o personas importantes para usted?	Siempre 2	A veces 1	Nunca 0	
16. Sus familiares/personas importantes para usted, ¿le escuchan cuando tiene algún problema, preocupación o necesidad?	Siempre 2	A veces 1	Nunca 0	
17. ¿Considera que recibe respeto y consideración de su familia o personas importantes para usted?	Siempre 2	A veces 1	Nunca 0	

IV. Redes Sociales

18. Actualmente ¿cuántos amigos(as) considera usted que tiene cerca?

0. Ninguno				
1. 1-5 amigos(as)				
2. 6-10 amigos(as)				
3. 11-20 amigos(as)				
4. más de 20 amigos(as)				
19. ¿Cada cuánto se reúne con sus amigos(as)?	1 vez a la semana 1	1 vez al mes 2	2 veces al año 3	
20. ¿Siente que sus amigos(as) le aprecian y quieren?	No 1	Sí 2		
21. ¿Realiza algún tipo de actividad (física, recreativa o laboral, etc.) con sus amigos(as)?	No 1	Sí 2		

V. Nivel de participación y realización de actividades cotidianas

Actividad	Siempre	A veces	Nunca	
22. ¿Se baña y hace sus necesidades higiénicas solo(a)?	2	1	0	
23. ¿Realiza tareas caseras sólo(a)? (barrer, cargar cosas)	2	1	0	
24. ¿Realiza solo(a) las compras y pagos fuera de casa?	2	1	0	

25. ¿Realiza actividades...?

	No	Sí	
1. Recreativas	1	2	
2. Deportivas	1	2	
3. Educativas	1	2	
4. Manualidades	1	2	
5. Religiosas	1	2	
6. Otro	1	2	

0. Ninguna	1	2	
------------	---	---	--

VI. Nivel de Satisfacción

26. A continuación le voy a leer unas frases, me gustaría que dijera si son aplicables a usted. Si está de acuerdo con ellas responda SI, en caso de que no sean aplicables a usted responda NO.

1. ¿A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted?	NO	SI	
2. ¿Tiene usted tanta energía como el año pasado?	NO	SI	
3. ¿Se siente usted solo(a)?	NO	SI	
4. ¿Le molestan más ahora las cosas pequeñas que antes?	NO	SI	
5. ¿Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil?	NO	SI	
6. ¿A veces está tan preocupado(a) que no puede dormir?	NO	SI	
7. ¿Según se va haciendo mayor, las cosas son: MEJOR <input type="checkbox"/> / PEOR <input type="checkbox"/> / IGUAL <input type="checkbox"/> de lo que usted pensó que serían?			
8. ¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida?	NO	SI	
9. ¿Ahora es usted tan feliz como cuando era más joven?	NO	SI	
10. ¿Tiene muchas razones por las que estar triste?	NO	SI	
11. ¿Tiene miedo de muchas cosas?	NO	SI	
12. ¿Se siente más irascible (irritable) que antes?	NO	SI	
13. ¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?	NO	SI	
14. ¿Cómo está de satisfecho con su vida ahora? SATISFECHO <input type="checkbox"/> / NO SATISFECHO <input type="checkbox"/>			
15. ¿Se toma las cosas a pecho?	NO	SI	
16. ¿Se altera o disgusta fácilmente?	NO	SI	

VII. Estereotipos

27. A continuación se le presentan una serie de características o atributos de las personas. Indique en su opinión, en qué grado se ajustan al grupo de personas adultas mayores.

Las personas adultas mayores son...

Fuertes					Débiles
Activos(as)					Pasivos(as)
Útiles					Inútiles
Amistosos(as)					Sin amistades
Saludables					Enfermizos(as)
Felices					Tristes
Divertidos(as)					Aburridos(as)
Rápidos(as)					Lentos(as)

VIII. Percepción de la discriminación

1. ¿Con qué frecuencia se ha sentido discriminado(a), tratado(a) injustamente, por ser una persona adulta mayor?	Nunca 0	Pocas Veces 1	Muchas veces 2
2. ¿Con qué frecuencia las personas o instituciones han violentado sus derechos por ser una persona adulta mayor?	Nunca 0	Pocas Veces 1	Muchas veces 2
3. ¿Ha escuchado personas haciendo chistes o bromas sobre las personas adultas mayores o le han insultado con términos como roco, vejstorio, etc.?	Nunca 0	Pocas Veces 1	Muchas veces 2
4. ¿Le han dicho que las personas de su edad no pueden hacer deporte o actividades físicas, que no puede aprender, trabajar, o vestirse de determinada manera?	Nunca 0	Pocas Veces 1	Muchas veces 2
5. ¿Ha sentido que lo tratan como a un niño(a) pequeño(a) y no como una persona adulta?	Nunca 0	Pocas Veces 1	Muchas veces 2

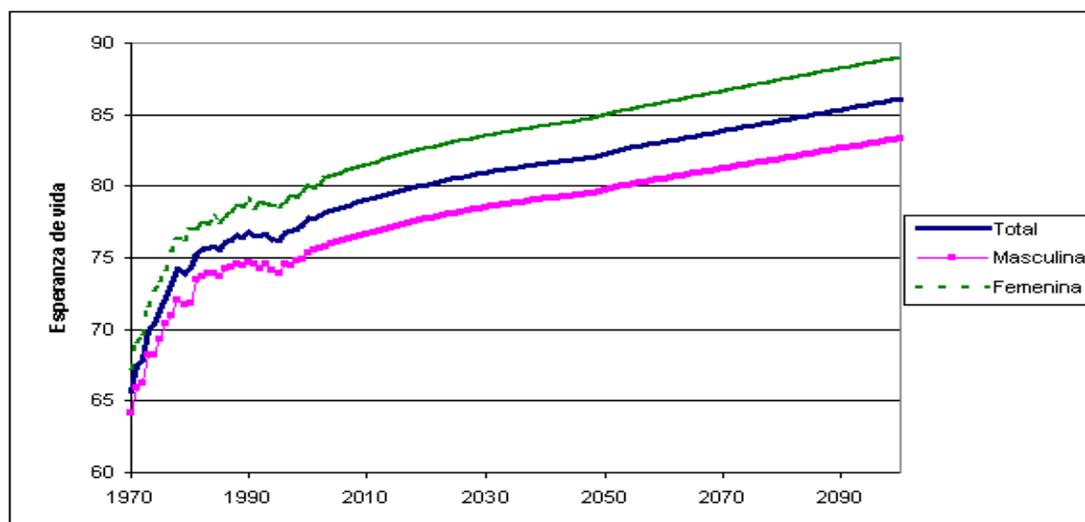
ANEXO 3:

Esperanza de vida al nacer para hombres y mujeres

Esperanza de vida al nacer		2001	2002	2003	2004
En general		77,58	78,51	78,39	78,73
Según sexo					
	Hombres	75,37	76,17	76,24	76,53
	Mujeres	79,90	80,97	80,65	81,03

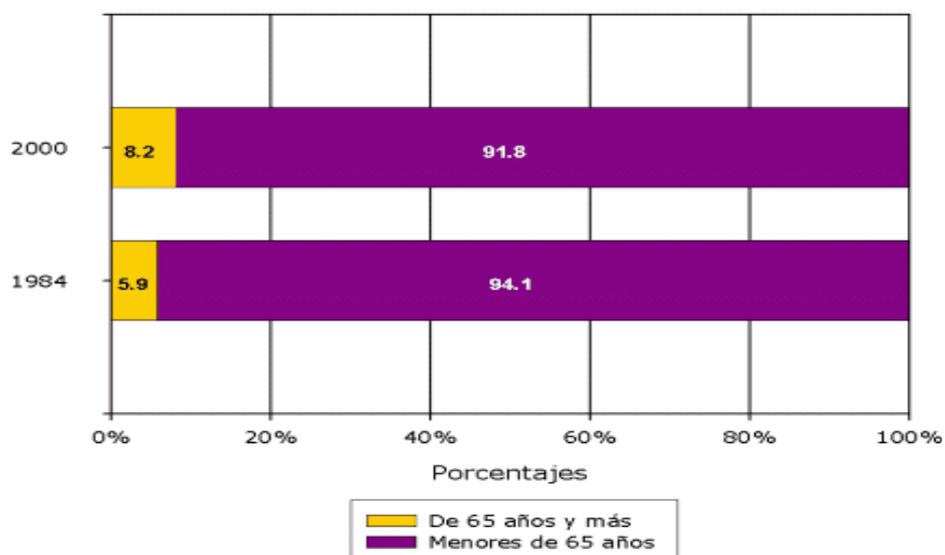
Fuente: Undécimo Informe del Estado de la Nación 2001-2004

Gráfico: Costa Rica: Esperanzas de vida proyectadas por sexo: 1970-2100



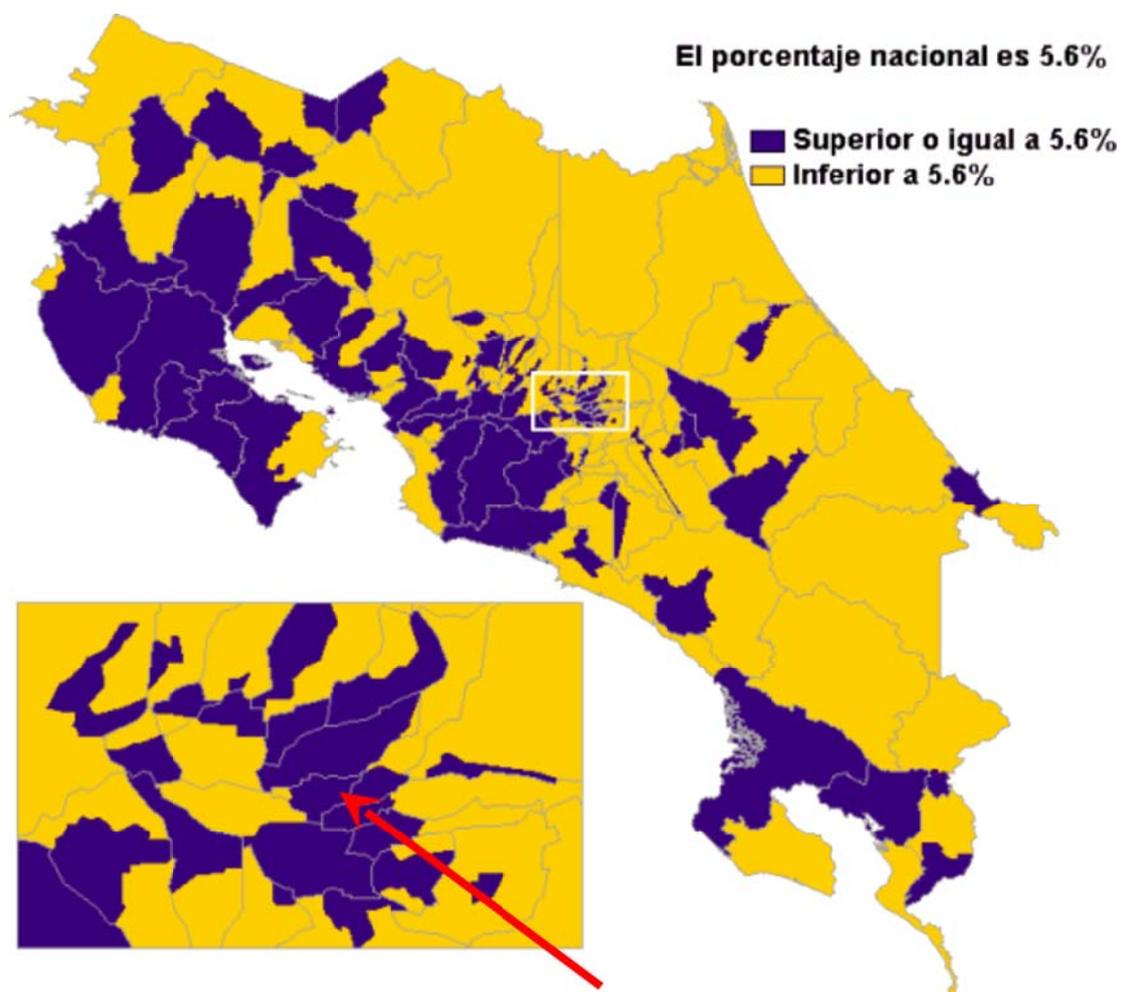
Fuente: Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica (CCP-UCR) 2004.

Porcentaje de población mayor de 65 años en el cantón de Montes de Oca según Censos de 1984 y 2000



Fuente: Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica (CCP-UCR) 2004.

Población de 65 años y más en Costa Rica



Cantón de Montes de Oca

Fuente: Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica (CCP-UCR) 2004.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA-VICERRECTORIA DE ACCIÓN SOCIAL
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PAIS

Convenio UCR-CCSS

Teléfonos: 207-5767 //207-5768 // Fax 280-6664



22 de julio del 2005
PAIS-CADS-251-04

Señores
Escuela de Psicología
Universidad de Costa Rica
Presente

Estimados señores:

El Programa de Atención Integral en Salud (Convenio UCR-CCSS), da su aval para que las señoritas Magali Acuña Picado, carné A 00044 y Silvia Viquez Campos carné A 04599, realicen su propuesta de graduación como licenciadas con el proyecto "**Condiciones de vida y su relación con el nivel de satisfacción en la vejez: Estudio correlacional con personas mayores de 65 años inscritas en el EBAIS de la zona urbana**", en el Área de Salud de Montes de Oca

Sin otro particular,


PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
COORDINACIÓN ACADÉMICA
Lic. Fernando Chavarría Lizano
Lic. Fernando Chavarría Lizano
Coordinador Académico
CONVENIO UCR - CCSS

☐: Dr. Mario León Barth. Director General PAIS.
Srita. Magali Acuña Picado. Estudiante de Psicología
Srita. Silvia Viquez Campos. Estudiante de Psicología
Archivo*



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA-VICERRECTORIA DE ACCIÓN SOCIAL
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PAIS
Convenio UCR-CCSS
Teléfonos: 225-5621 //234-6382// 253-8775//253-8778
Fax 280-6664



31 de Enero de 2006
PAIS-CADS-010-06

Estudiantes
Magali Acuña Picado
Silvia Elena Víquez
Escuela de Psicología
UCR
Presente

Estimadas Estudiantes:

Se les autoriza para que realicen su trabajo de graduación titulado "Condiciones de vida y su relación con el nivel de satisfacción de la vejez: estudio con personas mayores de 65 años inscritas en un EBAIS de zona urbana", para optar al grado de Licenciatura en Psicología.

Les solicito coordinar con la Licenciada Kattia López, Psicóloga del Área de Salud de Montes de Oca, lo pertinente al desarrollo de esta investigación. (Teléfonos: 225-5405 / 225-2094)

Asimismo les recuerdo que una vez finalizado su trabajo deben hacer la devolución respectiva al Área de Salud mencionada, así como entregar a esta Coordinación una copia del informe final.

Sin otro particular,

Atentamente,



Lic. Fernando Chavarría Lizano
Coordinador Académico
academicopais@racsa.co.cr

 Dr. Mario León Barth, Director General
Lic. Katia López, Psicóloga Montes de Oca.
Archivo