

ESTUDIOS DE I+D+I

Número 37

Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA)

Autor: Fernández Ballesteros, Rocío, et al.

Filiación: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología

Contacto: r.ballesteros@uam.es

Convocatoria: 2005

Para citar este documento:

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Rocío, et al. (2006). "Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA)". Madrid, IMERSO, *Estudios I+D+I*, nº 38. [Fecha de publicación: 01/08/2007].
<<http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/imerso-estudiosidi-38.pdf>>

Resumen

Estudio longitudinal sobre envejecimiento activo con perspectiva multidisciplinar y “salutogénica” que tiene como objetivos: preparar un protocolo de investigación longitudinal sobre envejecimiento activo y un manual de operaciones; evaluación externa de esos productos y estudio piloto; estudio de campo de la primera oleada del estudio longitudinal que constituirá, en si misma, un estudio transversal sobre envejecimiento activo examinando personas entre 55 y 85 años en un periodo determinado del año 2006; análisis descriptivos, psicométricos, correlacionales e inferenciales; informe, comunicación de resultados y diseminación.

La selección de variables, ítems, escalas e instrumentos procedimientos se realizará en base a los estudios previos llevados a cabo a nivel nacional y europeo, así como teniendo en cuenta las nuevas propuestas de los documentos internacionales actuales y otros estudios longitudinales publicados recientemente con objetivos similares. Los datos obtenidos serán protegidos siguiendo las normas de la Comisión Nacional de Protección de Datos.

INFORME

ESTUDIO LONGITUDINAL SOBRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO (ELEA)

Proyecto Investigación I+D+I IMSERO 15/05

Investigador Principal:

Dra. R. Fernández-Ballesteros

Universidad Autónoma de Madrid

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

María Dolores Zamarrón Cassinello (UAM)

Juan Díez Nicolás (UCM)

Manuel de Juan Espinosa (UCM)

Pilar Montero (UAM)

María Dolores Lopez Bravo (La Salle)

Antonio Hernández-Torres (Instituto Carlos III)

Entrevistadores:

María Belén Muñoz Pérez

Laura Villalba

Sara Tizón Mudarra

Susana Martín

Vera Gómez Serra

Victoria Muñoz

María Ángeles Molina

Rocío Schettini

Juan José Sánchez Granado

INDICE

RESUMEN

1. INTRODUCCION
2. ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO
 - 2.1 Algunos datos sociodemográficos y epidemiológicos sobre envejecimiento
 - 2.2 Formas de envejecimiento
 - 2.3 Concepto de envejecimiento activo
 - 2.5 Determinantes del envejecimiento activo
 - 2.4 Estudios empíricos sobre envejecimiento activo
 - 2.5 La promoción del envejecimiento activo
 - 2.6 Punto de partida conceptual
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS
4. METODO
 - a. Participantes
 - b. Instrumentos
 - c. Procedimientos
 - d. Análisis estadísticos

5. RESULTADOS Y DISCUSION

6. CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA CITADA

APÉNDICE

Revisión Bibliográfica

Protocolo del Estudio Longitudinal de Envejecimiento Activo (PELEA)

Libro de Códigos (ELEA)

Correlaciones (Tablas)

1. INTRODUCCION

La investigación sobre envejecimiento activo es un tema prioritario a distintos niveles tanto nacionales como transnacionales (Plan Gerontológico, Ley de Dependencia, UNECE, Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud). Así reza en la Convocatoria del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (BOE 29/01/02), en el Quinto Programa Marco de la Unión Europea (EU, 2000) y en la “Research Agenda for Ageing during the 21st Century” (IAG) avalada por Naciones Unidas y publicada con motivo del Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento, Madrid 2002 (UN, 2002). Así mismo, la promoción del envejecimiento saludable y/o satisfactorio es una de las líneas prioritarias del Plan nacional e Internacional así como, La Organización Mundial de la Salud ha acuñado un nuevo concepto superando el de envejecimiento saludable y que ha denominado “Envejecimiento activo” definiéndolo como “el proceso de optimizar oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida (y el bienestar) de las personas según envejecen”.

De todo ello, conviene resaltar dos aspectos: 1) que el concepto “envejecimiento activo” (junto con el conjunto de otras expresiones sinónimas envejecimiento con éxito, óptimo, satisfactorio, productivo y, más generalmente “positivo”) es un nuevo concepto científico que requiere de investigación así como, la promoción del envejecimiento saludable, exige de también de muchos más estudios con el fin de establecer cuáles son los determinantes de este tipo de envejecimiento y 2) que, como así ha sido puesto de relieve por UN que la investigación sobre envejecimiento debe realizarse desde una óptica longitudinal (y no solo transversal), desde una perspectiva multidisciplinar (no sólo bio-médica) y “salutogénica” (enfaticando los aspectos relativos al bienestar y la calidad de vida, ver: United Nation, 1998).

Como contrapartida de lo anterior, también conviene enfatizar tres características que la investigación sobre envejecimiento tiene en España: 1) que cuenta, esencialmente, con estudios transversales; 2) que existen escasos trabajos sobre envejecimiento saludable (perspectiva “salutogénica” frente a “patogénica”) y, finalmente, 3) que no existen estudios que pongan de relieve cuáles son los factores determinantes del envejecimiento activo.

De todo ello se deriva la propuesta de una investigación con horizonte *longitudinal* sobre envejecimiento activo desde una perspectiva *multidisciplinar* y “salutogénica” con los siguientes **objetivos**: 1) Desarrollar una base de conocimiento con la que llegar a especificar una definición operacional de envejecimiento activo como, también, la contribución relativa de factores externos (sociales, sistema de protección –públicos y privados-, disponibilidad y utilización de servicios sociales y sanitarios, condiciones socio-económicas y demográficas), biofísicos (capacidad vital, fuerza, rapidez, enfermedades, factores de riesgo, etc.), psicológicos (funcionamiento cognitivo, emocional, control) y psicosociales (redes de apoyo social, participación, etc.) que pudieran determinar competencia en la vejez y envejecimiento activo. 2) Con base en ese conocimiento, elaboración de propuestas sobre políticas para un envejecimiento activo y sugerencias para la mejora de las características relevantes en servicios sociales y de salud.

ELEA.Informe

Dado que estos objetivos requieren un extenso periodo de tiempo (seguimiento de los mismo sujetos envejecientes) y que todo estudio longitudinal, en su primera oleada, entraña un estudio transversal. Lo que plateamos en ELEA-1 son los objetivos siguientes: 1) Diseñar y planificar ELEA lo cual ha partido de una revisión del tema; 2) Preparar el Protocolo de Investigación Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (PELEA) y el Manual de Operaciones que han sido evaluados externamente desde la perspectiva de CC sociales y de ciencias bio-médicas; 4) Estudio de campo de la primera oleada del estudio longitudinal que, como se ha dicho, constituye, en si misma, una base de datos transversal sobre envejecimiento activo examinando personas entre 55 y 75 años, lo cual se ha realizado de Mayo a Diciembre del año 2006; 5) Análisis descriptivos, psicométricos, correlacionales e inferenciales (paramétricos y no paramétricos), e 6) Informe, comunicación de resultados y diseminación.

Todos estos objetivos han sido cumplidos. La revisión bibliográfica comprende cerca de 1000 títulos y se presenta en el Apéndice (Fernández-Ballesteros, en prensa). La planificación de ELEA y la elaboración del Protocolo del Estudio Longitudinal de Envejecimiento Activo (PELEA) se ha basado en la literatura revisada así como, selección de variables, ítems, escalas, e instrumentos procedimientos ha tenido en cuenta los estudios previos llevados a cabo por el equipo a nivel nacional (CIRES, 1992, 1996; Díez Nicolás, 1996; IMSERSO, 1997, Fernández-Ballesteros, et al, 1996), a nivel Europeo (Fernández-Ballesteros, et al., 1999) así como teniendo en cuenta las nueva propuestas de los documentos internacionales publicados recientemente (OMS, 2002; UN, 2002; Research Agenda on Ageing , 2002; Valencia Forum, 2002) y otros estudios longitudinales publicados recientemente con objetivos similares (MacArthur Foundation, 2002, revisiones sobre el tema).

Una vez proyectado ELEA y el instrumento PELEA, siguiendo el manual de operaciones, se ha procedido a la primera fase o primera oleada del estudio longitudinal. tras formar a los evaluadores y establecer los criterios de selección de la muestra, se procedió a evaluar a 458 participantes entre 55 y 75 años. Los datos procedentes de esta muestra han sido introducidos en una base de datos SPSS con el fin de proceder a su análisis estadístico y obtener los resultados. Este informe da cuenta de todo ello.

Palabras clave: Envejecimiento activo, envejecimiento saludable, competencia.

2. ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El envejecimiento es un fenómeno poblacional y una experiencia individual. El envejecimiento de la población se refiere al número relativo de los grupos de más edad en comparación con los de menos edad. Sin embargo, dado que no está claro la frontera de la vejez (jubilación) ni de la juventud (independencia), en nuestro contexto europeo se suele considerar a la tasa de personas mayores de 65 años como la tasa de envejecimiento poblacional. Desde este punto de vista, a todo lo largo del siglo XX, se ha ido incrementando la tasa de personas mayores llegando a finales del siglo XX a que Europa sea el continente más envejecido del mundo (EUROSTAT, 2001).

2.1 Algunas características sociodemográficas y epidemiológicas del envejecimiento

Dos son esencialmente las razones que llevan al envejecimiento de la población: el descenso de la mortalidad (y su derivado: aumento de la esperanza de vida) y el descenso de la natalidad. En definitiva, a lo largo del siglo XX se ha experimentado una fuerte disminución de la mortalidad, esencialmente de la mortalidad infantil pero, también de la mortalidad a todas las edades junto a una fuerte disminución de la fertilidad. A pesar de que, el envejecimiento de cualquier población está matizado por un tercer factor a saber los movimientos migratorios, en resumen, puede decirse que Europa se ha convertido en el continente más envejecido (según su tasa de personas mayores de 65 años) por lo que podemos decir que en la Europa de los quince, uno de cada cuatro europeos tiene más de 65 años y en el futuro este porcentaje se incrementará (ver, por ejemplo, Díez-Nicolás y Fernández-Ballesteros, 2001). En la Figura 1, presentamos la evolución (1980-2004) de la tasa de fertilidad en la Europa de los 15 y en la Figura 2 la esperanza de vida al nacer (2000) y sus proyecciones en el futuro (2020).

Figura 1. Evolución de la tasa de fertilidad en la Europa de los 25
European Countries, EU-25 and EU-15(1980-2004)
(European Council, 2004)

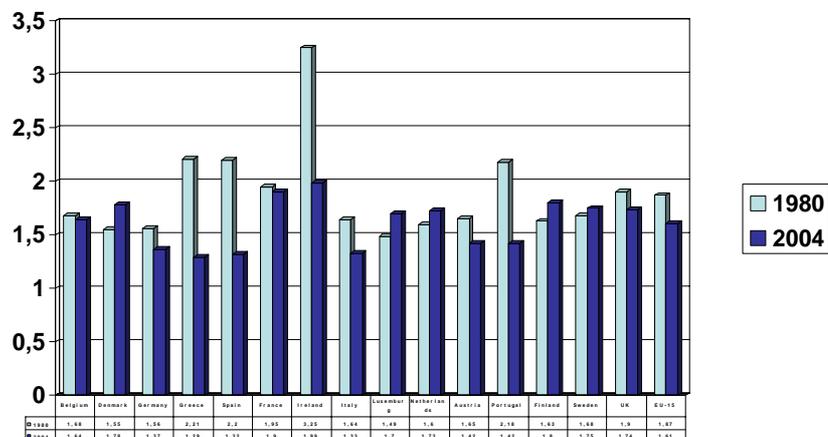
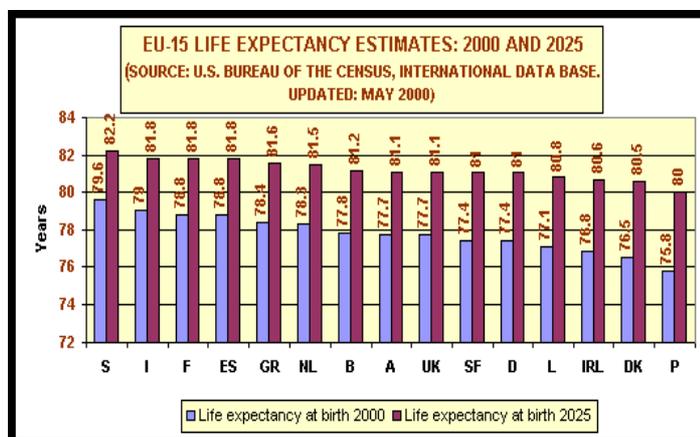


Figura 2. Esperanza de vida en la UE-15 (2000) y proyecciones (2025)



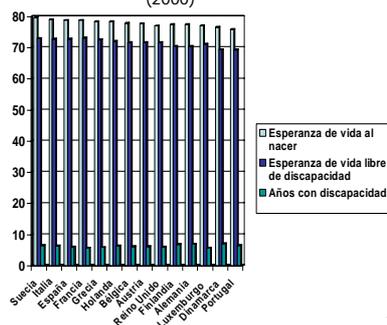
3

El envejecimiento de la población ha de ser considerado como un fenómeno positivo, dado que es la expresión del desarrollo de la humanidad. Sin embargo, no cabe duda de que, también, supone un desafío a la ciencia y a la sociedad. Dado que la edad está asociada a la enfermedad y ésta lo está a la discapacidad, el incremento de la población mayor lleva consigo un mayor gasto social y sanitario. Ello, en España se ve incrementado por el costo que va

a producir la nueva Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (2006) que, basada en el Libro Blanco sobre la Dependencia (IMSERSO, 2005) supone una visión general de la dependencia en España.

Y es que, el envejecimiento de la población no sólo lleva consigo que la gente viva más años sino que, a unos altos niveles de probabilidad, que viva más años con discapacidad. Así, un nuevo índice socio-epidemiológico llamado Esperanza de Vida Ajustada a la Discapacidad (Disability-Adjusted Life Expectancy, DALE) hace referencia, en base a la prevalencia de enfermedades y discapacidad y esperanza de vida, a la estimación de la probabilidad que una persona tiene (hombre o mujer), a una determinada edad, a vivir libre de discapacidad. O, en otros términos, la esperanza de vivir saludable.

Figura 3. Esperanza de vida al nacer, esperanza de vida libre de discapacidad y años de discapacidad en la Europa de los 15 (2000)



4

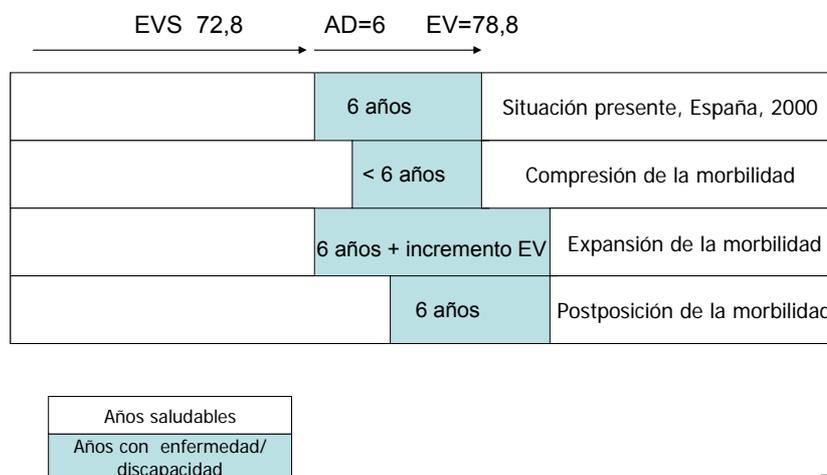
Así, en la Figura 3 podemos observar que el enorme incremento de esperanza de vida al nacer no conlleva que esa vida sea con salud e independencia funcional sino que, muy al contrario, acarrea que –al mismo tiempo que ha decrementado la mortalidad e incrementado la esperanza de vida, podamos predecir unos determinados años de discapacidad. Por tanto, el desafío que supone el envejecimiento de la población no procede de las tasas de población mayor sino de las tasas de la discapacidad que conlleva. El objetivo actual no es el del incremento de la esperanza de vida sino el indicador por excelencia de éxito sanitario y social es el del incremento en los años venideros de la esperanza de vida libre de discapacidad o saludable. No cabe duda que ampliar la esperanza de vida libre de discapacidad implicaría reducir el costo social y producir un mayor bienestar y calidad de vida al ciudadano o,

en otros términos, *dar más vida a los años y no solo años a la vida*. Pero, cabe esperar que esto pueda suceder?

En definitiva, cabe preguntarse, ¿se puede hacer algo para incrementar la esperanza de vida libre de discapacidad? O, en otros términos, el incremento predicho de esperanza de vida al nacer, ¿qué trayectoria va a seguir?

Existen distintas hipótesis sobre el comportamiento de la dependencia y, su contrapartida, la discapacidad asociada al incremento de la esperanza de vida al nacer. La primera hipótesis de *alargamiento* (la más pesimista), es aquella que predice que todos los años de esperanza de vida que se incrementen lo serán a costa de la discapacidad. O en otras palabras, si como hemos visto en la Figura 3, en España existe al nacer una esperanza de vida con discapacidad de 6 años (promedio entre varones y mujeres) y si como hemos visto en la Figura 2, las proyecciones establecen que del año 2000 al 2025 se incrementarán 3 años la esperanza de vida, esos tres años irán a sumarse a la discapacidad pasando en el 2025 de una discapacidad predicha en 6 años a 9. La segunda hipótesis es conservadora, de *postposición*, y predice que los años de discapacidad se postpondrán en el tiempo. Es decir, que si en el 2000 se cuenta con unos años de discapacidad de 6 y se postula un incremento de esperanza de vida al nacer de 3 años para el 2025, la discapacidad trasladaría su comienzo 3 años de los 72,8 años (esperanza de vida en el 2000, ver Figura 3) a los 75,8. Finalmente, la última hipótesis (la más positiva) es la de *compresión* (la más positiva), postula que lo que está ocurriendo en la actualidad es una reducción de las tasas de dependencia por cuanto la esperanza de vida saludable se está incrementando como un análisis riguroso de la esperanza de vida saludable informada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) lo pone de relieve. En la Figura 4, se presenta una representación gráfica de estas tres hipótesis.

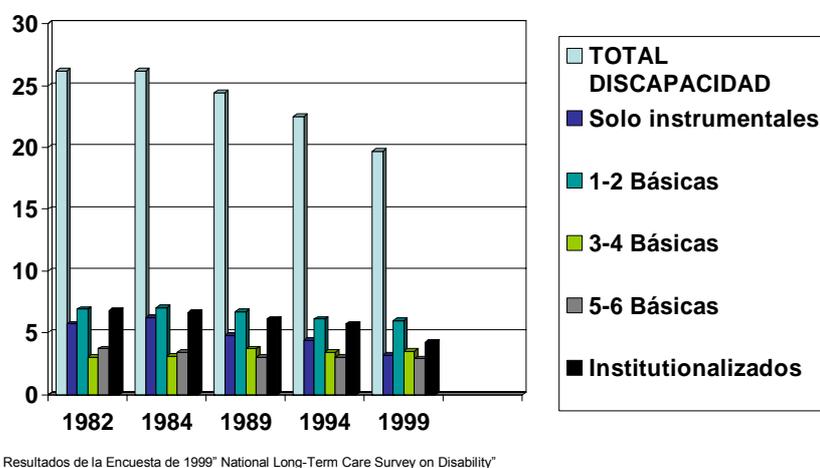
Figura 4. Hipótesis sobre relación entre amplitud de la esperanza de vida al nacer (EVN), esperanza de vida saludable (EVS) y años de discapacidad (AD) con base en España (2000)



7

Pero, ¿qué datos tenemos para probar que la hipótesis más plausible sobre el incremento de la esperanza de vida saludable (o activa)? Como ejemplo de esta última hipótesis (que es la que está recibiendo más pruebas empíricas en los últimos años, ver Fernández-Ballesteros, en prensa) en la Figura 5 podemos ver los estudios de seguimiento realizados, por ejemplo, en USA ponen de relieve que las tasas de discapacidad estimadas proyectadas en el futuro no están de acuerdo con las tasas de discapacidad cuando el futuro se convierte en presente.

Figura 5. Seguimiento de la prevalencia de la discapacidad en USA (1982-1999) (Manton & Gu, 2001)



8

Este hecho epidemiológico es explicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) por los avances de la medicina, de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud así como también del incremento de la educación y otros factores sociales han producido una disminución del porcentaje de sujetos que presentan discapacidad en la vejez.

En definitiva, los avances de las ciencias bio-médicas, de la educación y, en particular de la educación sanitaria y de las políticas públicas no sólo han influido en el incremento de la esperanza de vida a lo largo del siglo XX y en las proyecciones en las próximas décadas del siglo XXI sino en el incremento del envejecimiento saludable.

En todo caso, el envejecimiento activo y el envejecimiento con discapacidad son dos extremos de un continuo en el que los autores postulan tres formas de envejecer: normal, patológica y con éxito. Estas formas de envejecer no solo están caracterizadas por condiciones biomédicas sino, también, por otras características psicológicas y sociales. Veámos estas formas de envejecer.

2. 2 Formas de envejecimiento

Anteriormente decíamos que el envejecimiento tiene dos vertientes: poblacional e individual. La primera de ellas hace referencia (ya lo hemos visto)

a lo que ocurre a nivel macrosocial (cómputo poblacional, número de sujetos que están en un determinado rango de edad, número de hijos por mujer en una colectividad dada, porcentaje de personas afectas de discapacidad, etc.). La segunda se ocupa del conocimiento de cómo los individuos envejecen o, en términos más precisos, que cambios existen a lo largo de la vida o, con el paso de la edad (declive en el funcionamiento intelectual fluido, cambios en introversión, etc.).

En breve, el proceso individual de envejecimiento puede ser reducido a una combinación entre patrones de crecimiento, estabilidad o declive. Así, las ciencias que contribuyen al estudio del envejecimiento ponen de relieve una serie de características de este proceso aceptadas por los autores en los últimos años (por ejemplo: Baltes & Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 1986; 2006; Fries, 1989; Rowe y Khan, 1998) :

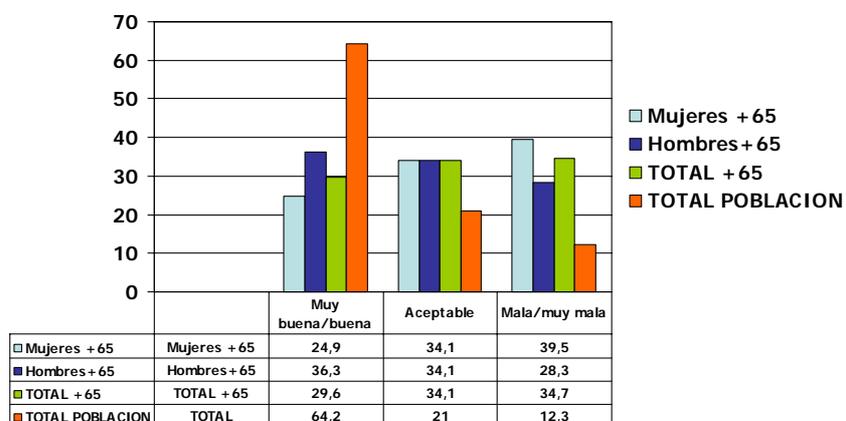
- 1) que la edad no es el único factor determinante de los procesos de desarrollo, estabilidad y declive sino que la edad interacciona con circunstancias, sociohistóricas, sociales y personales (por ej.: Lher, 1989);
- 2) que a lo largo de la vida existen patrones diferenciales de crecimiento, estabilidad y declive en el conjunto de condiciones bio-médicas, psicológicas y comportamentales y sociales (por ej.: Heckhausen y Schultz, 1993);
- 3) que no existe un isomorfismo entre los procesos bio-médicos y los procesos psicológicos y sociales, es decir, que el envejecimiento biológico no presenta el mismo patrón que el envejecimiento psicológico (Gould, 1977, 1981);
- 4) que estos patrones de cambio tienen una enorme variabilidad intersujetos o que existen enormes diferencias individuales en las formas de envejecimiento. Cualquiera que sea el parámetro que tomemos a la hora de medir el envejecimiento existe una extraordinariamente alta variabilidad y que, a lo largo del ciclo de la vida, va incrementándose esa variabilidad. Así, por ejemplo, en el plano biomédico, mientras existen personas que envejecen saludablemente, existen otras que envejecen patológicamente (Schaie, 1996,). O, en otras palabras, que mientras unos individuos (en el interjuego de factores bio-psico-sociales) experimentan un relativo

desarrollo, una breve estabilidad y un pronunciado declive otros presentan patrones de amplio desarrollo, prolongada estabilidad y escaso declive (por ej.: Shroots, 1975);

- 5) que estos patrones individuales evolutivos no ocurren al azar sino que el individuo y la sociedad pueden orientar, promover e influir las formas de envejecer (por ej.: Rowe & Khan, 1998).

Todos estos factores, a lo largo de la vida, van diferenciando distintas formas de envejecer. Así, como aceptan la mayor parte de autores (Baltes y Baltes, 1990; Fries, 1989; Rowe y Khan, 1989) existirían tres formas prototípicas de envejecer: Normal, con discapacidad y con éxito (o activa). En la Figura 6 presentamos los autoinformes de salud por sexo en población general y en personas mayores de 65 años. Podemos apreciar que, como es bien conocido, la salud empeora a lo largo de la vida y que mientras que dos tercios de la población general clasifica su salud de buena o muy buena, tan solo lo hace así un tercio de la población mayor de 65 años. Así mismo, que las mujeres tienen peor salud que los hombres así 4 de cada diez mujeres clasifican su salud de mala o muy mala mientras que esto ocurre en 3 de cada 10 hombres. En todo caso, atribuir números a las tres formas de envejecer antedichas podrías estimar a estas 3 formas de envejecimiento en 1/3,1/3,1/3.

Figura 6. Autoinforme de salud por sexo en población mayor de 65 y población general (INE, 1999)



2. 3 Concepto de envejecimiento activo (o con éxito)

Con base en estos planteamientos, en los últimos veinte años, se ha venido conformando un nuevo paradigma que ha venido tomando distintos nombres: “Healthy ageing”, “Ageing well” (e.g. Fries, 1989), “Successful ageing” (Rowe & Khan, 1998, Baltes & Baltes, 1990), “Competent ageing” (Fernández-Ballesteros, 1986, 2002a, 2002b; Schroots, 1995; Schroots, Fernández-Ballesteros & Rudinger, 1999), “Active Ageing” (WHO, 2002).

Este paradigma también tiene dos vertientes: poblacional e individual. Desde ambas proceden dos asunciones teóricas básicas (Fernández-Ballesteros, 2002):

- Envejecer es un proceso que no tiene un comienzo preciso y que ocurre a lo largo de la vida del individuo. Tiene que ver con condiciones genéticas, biológicas, sociales y psicológicas (Baltes & Baltes, 1990; Rowe y Khan 1989). El envejecimiento, es pues un fenómeno individual, y puede hacer mucho para ser agente de su propio envejecimiento positivo.
- Las condiciones ambientales, económicas, culturales y sociales en un determinado contexto histórico influirán en las formas de envejecer. Como hemos visto en la esperanza de vida ajustada a la discapacidad, los países con más alto nivel socioeconómico cuentan con más alta esperanza de vida y esperanza de vida libre de discapacidad (OMS, 2002; Riley, 1990). Así, la sociedad y el contexto socio-político puede hacer también mucho para que su población envejezca bien, activamente.

Este nuevo planteamiento sobre el envejecimiento rompe con una tradicional visión negativa del envejecimiento, como señalan Baltes y Baltes (1990), este nuevo paradigma va en “la búsqueda de los factores y condiciones que ayudan a identificar el potencial del envejecimiento y a identificar las vías para modificar (en sentido positivo) el envejecimiento” (p. 4).

Como ejemplo de este segundo modelo de envejecimiento activo se presenta el modelo de Rowe y Khan (1997) en la Figura 3 que se basa en las investigaciones sobre el tema a través de estudios longitudinales por la McKhan Foundation y, por tanto, tiene una importante base empírica (Strawbridge et al., 2002). El envejecimiento con éxito viene operacionalizado mediante cuatro grupos de factores: baja probabilidad de enfermar y de discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo, alto funcionamiento físico y compromiso con la vida. Así pues, este modelo se basa en elementos esencialmente individuales que permiten describir operacionalmente este tipo de envejecimiento.

Para M.M. Baltes y Carstensen (1996), el envejecimiento con éxito viene definido por salud física y mental, habilidades funcionales, satisfacción con la vida, apoyo social percibido, y compromiso social. Vaillant y Vaillant (1990) define el envejecimiento saludable como aquel que mantiene una buena salud (ausencia de bebidas alcohólicas y depresión), el mantenimiento de relaciones familiares, junto con unas habilidades de enfrentamiento a situaciones de estrés adecuado. Schulz & Heckhausen (1996) incluyen las siguientes variables: funcionamiento pulmonary y cardiovascular, ausencia de discapacidad, adecuada ejecución cognitiva, control primario y logros en los ámbitos físicos y artísticos, Finalmente, Bright (1997) define el envejecimiento con éxito como sentimientos de plenitud, independencia, relaciones positivas, compromiso con la comunidad y auto-aceptación.

Existen otras definiciones procesuales que establecen no los resultados esperables sino el proceso a través del cual se consigue un buen envejecimiento. Así, por ejemplo, Williams y Wirths (1965) consideran que el envejecimiento con éxito es un proceso adaptativo que desarrolla capacidades de solución de dificultades y minimiza los efectos de los déficit y declives. Paltmore (1979) lo define como el proceso de maximización de la longevidad, la salud y la satisfacción con la vida. Ryff (1982) postula que supone el funcionamiento ideal del individuo a lo largo del ciclo de la vida y Fisher (1992) establece que el envejecimiento con éxito ha de ser definido en términos de estrategias de enfrentamiento o habilidades de "coping".

En la línea de definiciones procesuales, tal vez la más conocida sea la de Baltes & Baltes (1990) que definen el envejecimiento activo como un proceso adaptativo de Selección, Optimización y Compensación (el modelo SOC). En semejante línea, Schulz y Heckhausen (1996) definen el envejecimiento con éxito como el proceso de desarrollo y mantenimiento del control primario a través de la selección, optimización y compensación. Finalmente, la OMS define el envejecimiento activo como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida y el bienestar en la vejez.

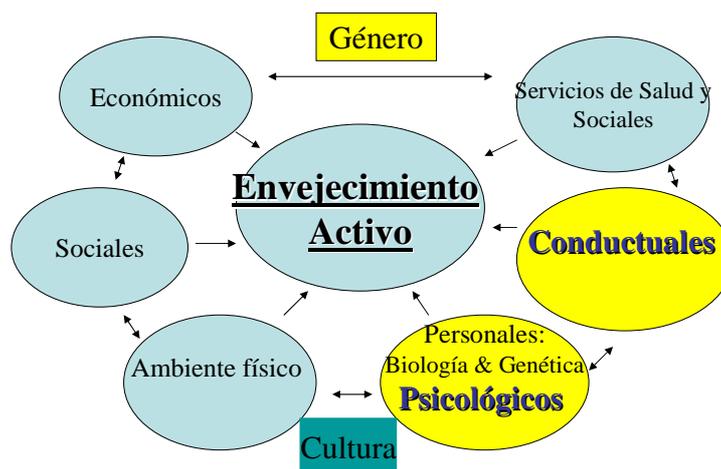
2. 4 Determinantes teóricos del envejecimiento activo

Dado que el concepto de envejecimiento activo es un relativamente nuevo, existen escasas pruebas empíricas sobre cuales son sus determinantes. No obstante, dado que todos los autores introducen como una característica del envejecimiento positivo la salud y que si existen claros determinantes de esta variable, existen diferentes propuestas de determinantes del envejecimiento activo o con éxito. Siguiendo con nuestra distinción entre envejecimiento activo poblacional e individual, vamos a examinar algunas propuestas.

Encardinado en el envejecimiento poblacional, en la Figura 2 se presenta el modelo de “Envejecimiento Activo” propuesto por la Organización de la Salud (2002). El envejecimiento activo que, como hemos señalado anteriormente, es definido como “el proceso a lo largo de la vida en el que se optimiza el bienestar físico, social y mental con el fin de extender las expectativas de salud, la participación y la seguridad y, con ello, la calidad de vida según se envejece” (p.26), viene determinado por un conjunto de condiciones que podemos agrupar en dos grandes grupos: contextuales que se presentan en azul (socio-económicas, culturales, ambientales, sanitarias, la cultura) y personales que se presentan en amarillo (factores individuales, comportamentales y el género). Como es lógico, el modelo de la OMS pretende que los distintos países presten atención a las condiciones contextuales que, hipotéticamente, promueven el envejecimiento positivo. Por lo que se refiere a los factores personales y propone como determinantes del envejecimiento activo u óptimo condiciones individuales o personales (biológicas, y

psicológicas) y conductuales (o estilos de vida), acercándose con ello a un segundo modelo de envejecimiento positivo que tienen como base el envejecimiento individual.

Figura 7. Determinantes del Envejecimiento activo según la OMS (2002)



Abundando en los estilos de vida y, por tanto, en los factores personales como determinantes del envejecimiento activo, un pionero como Fries (1989) establece un listado de aspectos modificadores del envejecimiento.

Tabla 1 Problemas durante la vejez y factores de cambio (Fries, 1989)

PROBLEMAS	FACTORES DE CAMBIO
Declive intelectual	Ejercicios mentales
Depresión, tristeza	Actividades agradables, habilidades sociales
Insomnio	Relajación, higiene del sueño
Problemas de memoria	Aprender nuevas estrategias mnésicas
Accidentes, caídas	Condiciones de seguridad
Fatiga	Ejercicio aeróbico
Rigidez	Ejercicios de flexibilidad
Aburrimiento, apatía	Creatividad
Dolor	Control del dolor
Estrés	Manejo del estrés

Como podemos ver en la Figura 7, Fries (1989) propone una serie de condiciones de cambio que están en relación con modificaciones comportamentales y que, como veremos más adelante, facilitan la promoción del envejecimiento activo desde una perspectiva individual o personal.

Finalmente, cuando examinamos las propuestas teórica definicionales del envejecimiento activo planteamos también algunos conceptos procesuales que hacen referencia mucho más a los determinantes del envejecimiento que a su definición. Así, por ejemplo, la teoría de Baltes y Baltes (1990) –mencionada anteriormente, sobre Selección, Optimización y Compensación hace referencia mucho más a los factores que llevan consigo un buen envejecer y por tanto estaríamos más cerca de sus determinantes que de sus resultados.

Cualquiera que considere el envejecimiento óptimo se enfrenta con un primer problema: tratar de establecer una diferencia entre la definición operacional de este tipo de envejecimiento y sus determinantes. Así, como señala Fernández-Ballesteros (Fernández-Ballesteros et al., 2002, Fernández-Ballesteros et al., en prensa), en los distintos modelos sobre envejecimiento positivo se confunde el “explanans” con el “explanandum”; es decir, las variables independientes que determinan esta forma de envejecimiento con la definición operativa de esta forma:

“Beyond the definitional difficulties of competence and successful aging, two problematic issues emerge. The first is an *epistemological* issue: the listed variables appear to confuse competence or successful aging as “explanandum” (how competence can be described as a scientific subject) with the determinants or “explanans” of competence (those variables determining or explaining competence)” (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger et al., en prensa).

Así pues, tenemos que concluir diciendo que si bien a un nivel poblacional es relevante plantear que acciones deben de ser abordadas de cara a la potenciación de un envejecimiento positivo en una determinada población, a niveles psicosociales lo que importa es potenciar aquellas condiciones en los individuos que puedan promover envejecer bien. Dos son las vías de investigación para distinguir claramente entre determinantes del envejecimiento activo y los resultados de envejecer activamente. La primera vía hace referencia a los resultados de la investigación sobre la promoción del

envejecimiento activo y la segunda a la investigación longitudinal sobre envejecimiento activo que es el objeto de esta investigación

2. 5 Estudios empíricos sobre envejecimiento activo

El concepto de envejecimiento activo o positivo no solo ha presentado elaboraciones teóricas sino que se han realizado estudios empíricos longitudinales con el fin de establecer una definición operacional de este concepto, averiguar que porcentaje de personas se encuentran en esa situación y, finalmente, llegar a establecer sus determinantes.

Lupien y Wan (2004) han establecido las fuentes de variación individual para esta forma de envejecimiento procedente de las condiciones socio-demográficas. En primer lugar, la edad es la primera condición de variabilidad; en otras palabras las personas más jóvenes presentan mejor envejecimiento que las más viejas. En segundo lugar, la educación, la renta (y otros componentes de Estatus Socioeconómico) están mediando las formas de envejecer.

Recientemente, Peel et al (2005) y Depp y Jeste (2006) han revisado los estudios longitudinales dedicados a establecer tanto las definiciones operacionales más frecuentemente utilizadas, los porcentajes que –en base en esas definiciones- arrojan finalmente los estudios y, finalmente, los potenciales determinantes establecidos.

Peel et al (2005), realizó una búsqueda de 1985 al 2003, en revistas científicas (en inglés) en las siguientes bases bibliográficas: PUBMED, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PSYCINFO (psychological abstracts) SOCIOFILE (sociological abstracts), AGELINE (gerontological abstracts). Los identificadores fueron los siguientes: “envejecimiento”, “vejez”, “saludable”, “con éxito”, “longitudinal” “seguimiento”, “prospectivo”, “factores de riesgo”, “predoctorales”, “determinantes”, “estilos de vida o comportamentales”. Solo se tuvieron en cuenta aquellos estudios longitudinales, fueron identificados 341 artículos. De entre ellos se seleccionaron 8 estudios que cumplieran con los siguientes criterios: personas mayores de 60 años, existencia de medidas de asociación entre la línea base, los factores de riesgo y los resultados.

En la Tabla 2 se presentan los estudios identificados con mención del autor, el año, la definición operacional de envejecimiento utilizada, los años de

seguimiento del estudio, el porcentaje de personas identificadas y los determinantes encontrados.

Como puede observarse, existe una relativamente amplia divergencia en las formas de operacionalizar el concepto. En primer lugar, hay que señalar (como lo hacen Peel et al.) que se trata de un concepto multidimensional. En segundo lugar, en todas las definiciones se encuentra la sobrevivencia, la salud y la independencia como características esenciales del envejecimiento con éxito o activo. En tercer lugar, existen definiciones en las que se introduce también el funcionamiento físico, cognitivo y social. En cuarto lugar, el porcentaje de personas que alcanzan el criterio marcado por los autores es muy variables oscilando de entre 12 y 50 por ciento. Finalmente, los determinantes establecidos son esencialmente estilos de vida y no existen otros (dados los criterios de inclusión utilizados) factores bio-psico-sociales. Así, no fumar, beber con moderación, mantener una adecuada dieta y no mantener sobrepeso y hacer ejercicio físico emergen como los factores determinantes esenciales del envejecimiento activo.

Tabla 2 Estudios longitudinales identificados por Peel, McClure & Bartlett (2005) con referencia al Autor, definición, estudio de seguimiento y porcentaje de sujetos clasificados y determinantes

Autor, Año	Definición	Años de seguimiento del estudio y porcentaje de sujetos clasificados	Determinantes
Guralnik, 1989	Salud y alto nivel de funcionamiento, sobrevivencia	19 años Saludables: 12.7%	Fumar, beber, peso, alimentación, comer entre comidas, desayunar, horas de sueño.
Strawbridge, 1996	Alto nivel de funcionamiento, sobrevivencia	6 años Con éxito:35%	Fumar, Consumo de alcohol, Ejercicio físico
Reed, 1998	Envejecimiento saludable: Sobrevivencia, libre de enfermedades de riesgo, mantenimiento de capacidades físicas y mentales	28 años Saludables: 19%	Fumar, Beber, Actividad física, Masa corporal, Dieta

Leiveille, 1999	Envejecimiento con éxito: Longevidad sin dependencia antes muerte	2 a 8 años Con éxito:49%	Fumar, Beber, Nivel de actividad, Masa corporal
Ford, 2000	Envejecimiento con éxito: vida independiente en la comunidad	2 años Independencia sostenida: 20.1%	Fumar, Beber, Ejercicio físico
Vaillant & Mukamal, 2001	Envejecimiento con éxito: longevidad con alto nivel de funcionamiento físico, mental y bienestar social	60 años Envejecimiento satisfactorio: 26/29%	Fumar, Beber, Ejercicio físico, Masa corporal
Newman, 2003	Envejecimiento con éxito: sin enfermedades de riesgo, funcionamiento físico y cognitivo normal	8 años Éxito: 48%	Fumar, actividad física
Haveman-Nies, 2003	Envejecimiento saludable: mantenimiento de la salud, mantenerse vivo y funcionalmente independiente.	10 años Permanecen independientes: 381	Actividad física, dieta, fumar

Depp y Jeste (2006) han realizado un estudio semejante realizado, en este caso, de 1978 a 2005, en PubMed y en www.scholar.google.com examinando artículos en Inglés, solo en revistas científicas que informaban sobre estudios con mayores de 60 años. Fueron aceptados tanto estudios transversales como longitudinales. Los términos utilizados fueron los siguientes: envejecimiento con éxito, saludable, óptimo y envejecer bien.

Se identificaron 470 artículos sobre “envejecimiento con éxito”, 490 sobre “envejecimiento saludable”, 12 sobre “envejecimiento productivo”, 1 sobre “envejecer bien”. De la lista inicial, se seleccionaron 28 artículos (7 de ellos coincidentes con los identificados por Peel et al.) identificándose 29 definiciones de estas formas de envejecimiento positivo de las cuales 27 fueron categoriales y 2 utilizaban medidas continuas.

Los componentes de las definiciones fueron clasificados en 10 diferentes dominios cada uno de ellos medido por distintos tipos de instrumentos, desde auto-informe a pruebas objetivas de ejecución. En la Tabla 3 se presentan los dominios identificados así como el número de estudios que lo contemplan.

Tabla 3. Dominios más importantes en el envejecimiento positivo establecidos por los estudios revisados por Depp y Jeste (2006)

DOMINIOS	Número de estudios
Discapacidad/ funcionamiento físico	26
Funcionamiento cognitivo	15
Satisfacción con la vida/ Bienestar	9
Compromiso social/productivo	8
Presencia de enfermedad	6
Longevidad	4
Salud subjetiva	3
Personalidad	2
Ambiente/Renta	2
Percepción subjetiva de envejecimiento con éxito	2

Podemos resumir diciendo que la salud y el funcionamiento físico, y el funcionamiento cognitivo, emocional y social son los cuatro dominios más relevantes del envejecimiento activo.

Teniendo en cuenta los 22 estudios que informaban sobre la proporción de personas envejeciendo bien varía según la conceptualización. Así, en los estudios en los que se tuvo en cuenta solo la discapacidad/funcionamiento físico, la proporción media de personas que envejecen bien en estos estudios es del 27% (rango: 0,4-63%; Mediana=20.8; DT=27,1). En aquellos estudios en los que se incluyen no solo el funcionamiento físico sino también el cognitivo, la media está en el 20,4% (rango: 3-95%; mediana: 19; DT:14,8). La amplitud en el rango depende, como es lógico, de la edad de los participantes y de las medidas tomadas.

También, fueron examinadas un conjunto de variables independientes de las variables de resultados (o variables dependientes). En la Tabla 4 se

presentan el conjunto de variables consideradas relevantes de las anteriormente examinadas como dominios del envejecimiento con éxito o activo.

Tabla 4. Variables independientes consideradas como predictores, factores de riesgo, o determinantes del envejecimiento activo en estudios Longitudinales (L) o Transversales (T).

VARIABLES INDEPENDIENTES	Estudios L/T
Edad (más jóvenes)	10/10L,3/5T
Renta (más)	2/5L,2/4T
Educación (más)	3/7L,1/2T
Sexo (Mujer)	4/8L,0/2T
Sexo (Hombre)	1/1L,1/1T
Presencia de condiciones médicas	2/3L,2/4T
Diabetes	4/6L, 1/1T
Patologías cardiovasculares	0/2L,0/1T
Cancer	1/3L
Hipertensión	1/3L,1/1T
Accidente cerebrovascular	1/3L,0/1T
Artritis	2/3L,1/1T
Problemas de audición	4/4L
Depresión	2/3L,3/4T

Hay que señalar que las condiciones de salud han sido examinadas tanto como dominios o características propias del envejecimiento activo, al mismo tiempo que son considerados predictores por lo que consideramos que ello entraña un problema metodológico y conceptual importante. No obstante y en resumen, en estos estudios examinados han sido condiciones socio-demográficas (edad, renta, educación y sexo) y condiciones de salud (enfermedades) los considerados como factores determinantes del envejecimiento activo.

Las conclusiones que se pueden extraer de estos dos estudios son las siguientes:

1. Un tercio de la investigación sobre envejecimiento activo tiene una base bio-médica y los determinantes se reducen a estilos de vida.
2. En estudios más recientes, el concepto de envejecimiento positivo se amplía desde una perspectiva multidimensional incluyendo condiciones cognitivas, emocionales y sociales.
3. Así mismo, en la actualidad, la mayor parte de autores son coincidentes en que los determinantes del envejecimiento activo han de ser estudiado desde una perspectiva bio-psico-social.
4. Finalmente, hay que resaltar la confusión que existe entre el “explanan” y el “explanandum”, es decir, entre la definición del envejecimiento activo y lo que “causa” ese tipo de envejecer.

Finalmente, quisiéramos presentar presentar un resumen de EXCELSA (“European Longitudinal Study on Aging”, ver Fernández-Ballesteros, Zamarrón, et al, 2003) dado que constituye una base importante para el Protocolo utilizado (el PELEA) así como para el modelo teórico utilizado.

El objetivo de EXCELSA es el de estudiar el envejecimiento competente desde una perspectiva Europea. Una primera etapa ha sido la de realizar un estudio piloto en 7 países europeos (Finlandia, Polonia, Alemania, Austria, Italia, Portugal y España). Tras la revisión de la literatura pertinente, se procedió a desarrollar la European Survey on Aging Protocol (ESAP) en la que figuraban las siguientes secciones: Medidas biofísicas, salud y estilos de vida, funcionamiento cognitivo, funcionamiento afectivo y de la personalidad, funcionamiento psico-social y características socio-demográficas y ambientales.

Los participantes fueron 672 (de 30 a 85 años), 96 por cada país reclutados siguiendo un sistema de cuotas por edad, sexo, condición rural-urbana y educación en cada uno de los países.

Se realizaron una serie de análisis psicométricos (fiabilidad test-retest, fiabilidad Inter.-entrevistadores, influencia de la sinceridad, consistencia interna de las distintas escalas).

Resumiendo los resultados son los siguientes: la mayor parte de las variables y escalas mostraron sen sensibles a la edad, sin embargo las diferencias de edad eran debidas, esencialmente, a las diferencias del grupo

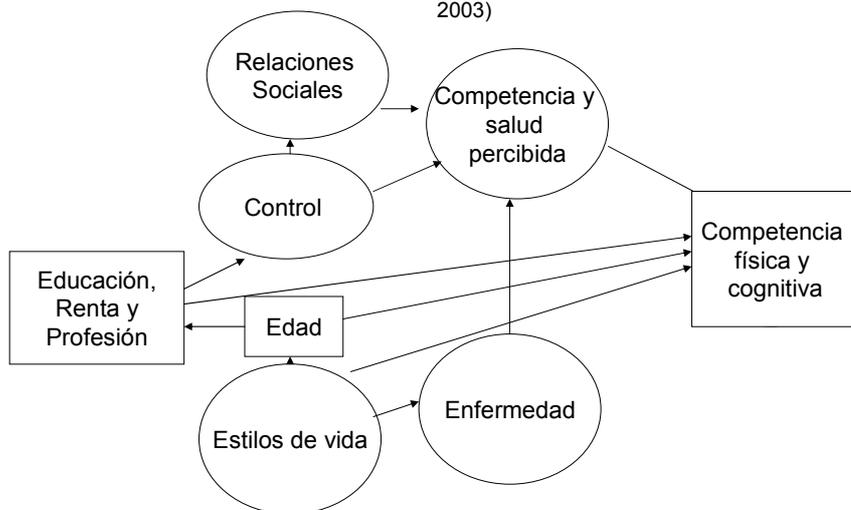
mayor (75-85) en comparación con los grupos más jóvenes. Las variables e instrumentos más sensibles (entre todos los grupos de edad) fueron las siguientes: amplitud de dígitos, dígitos símbolo, capacidad vital, velocidad y fuerza. Los análisis factoriales exploratorios realizados mostraron la multidimensionalidad del concepto de competencia en la vejez.

Tras identificar un concepto de competencia física y cognitiva mediante análisis exploratorios utilizamos análisis factoriales confirmatorios con el fin de contrastar nuestro modelo previo de competencia en el que la educación y la renta (como factores distales), las relaciones sociales, el control, la percepción subjetiva de salud y competencia, los estilos de vida y la enfermedad predecían la competencia (física y cognitiva). Ese modelo, que se presenta en la Figura 8 y fue contrastado tanto en los sujetos más jóvenes de 35 a 55 como en los mayores de 56 a 85 años así como en seis de los siete países.

Figura 8. Modelo Excelsa sobre competencia
(Estudio 7 países Europeos)

(Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger, Schroots, Drusini, Paul, Chareszka, Rosenmayr,

2003)



Tras todas estas revisiones, nuestra conclusión es que el envejecimiento activo es un concepto multidimensional referido al funcionamiento físico (incluyendo la salud), psicológico (los aspectos cognitivos y emocionales) y social del individuo según envejece (Fernández-Ballesteros, en prensa).

2.6 La promoción del envejecimiento positivo

Como se deriva de los dos ejemplos modélicos que hemos presentado más arriba podemos considerar que existen una serie de características presentes como aspectos *concurrentes* o *criteriales* del envejecimiento positivo: buena salud y estado físico, buen funcionamiento mental, emoción positiva y competencia social y productividad. Además, desde otros modelos aparecen otros factores socio-cognitivos como son el control o la auto-eficacia y las habilidades de enfrentamiento ante situaciones conflictivas. Vemos pues que gran parte de las condiciones que definen este tipo de envejecimiento son condiciones psicológicas (capacidades cognitivas), comportamentales (competencia física, habilidades funcionales) o psico-sociales (control o autoeficacia, participación social, relaciones sociales).

Teniendo en cuenta todo ello, debemos primero de todo establecer si es posible *manipular* (experimentalmente) todas esas condiciones que son relevantes para el envejecimiento positivo muchas de las cuales fueron propuestas por Fries(1989) y otras muchas que se han mostrado útiles por las investigaciones realizadas en las últimas décadas, precisamente, en el área de envejecimiento activo. Así, la salud y el funcionamiento físico, Examinaremos datos existentes en torno a estas tres áreas: en funcionamiento de la salud y físico, el funcionamiento psicológico cognitivo y afectivo y el compromiso y la participación social.

1. La salud y funcionamiento físico

Precisamente, uno de los primeros autores ¹ que se ocupa del envejecimiento positivo u óptimo (“envejecer bien”) procede del ámbito médico, Fries (1989) que parte del establecimiento de condiciones y factores bio-médicas modificables y no modificables que ocurren a lo largo de la edad.

Desde la perspectiva médica de la que parte Fries, y con base en la observación inequívoca de que la edad covaría fuertemente con la enfermedad, establece cuáles son las condiciones patológicas fatales de mayor incidencia y prevalencia. Las patologías cardiovasculares y el cáncer son las causas más

¹ No podemos olvidar a Mira y López que, avanzándose a su tiempo, escribe su obra “Hacia una vejez joven”.

frecuentes de morbimortalidad en la vejez (ver: Fries, 1989 e Informe OMS, 2000).

Pero, lo más importante del trabajo de Fries no es el listado de aquellas enfermedades (fatales y no fatales) sino su énfasis en cómo prevenirlas y cómo promover la salud. Así, establece un modelo teórico sobre cómo los patrones en el desarrollo de la enfermedad al ser tratados en momentos pre-sintomáticos alejan al individuo no solo de la muerte sino, también de la enfermedad. Así en la Figura 4 podemos apreciar como podríamos prevenir, posponer o erradicar el desarrollo de la enfermedad. Así, sabemos que múltiples patologías pueden ser prevenidas cuando existe una serie de manifestaciones subclínicas (como en el caso de la presión arterial, el incremento en triglicéridos o en colesterol, respecto a las patologías cardiovasculares).

Pero, la propuesta de Fries no se queda ahí, en otros casos, no se trata de esperar la aparición de determinados factores de riesgo biomédicos (como la aparición de triglicéridos o de colesterol) sino se trata de implantar *factores protectores comportamentales* como son los llamados estilos de vida saludables que influyen, incluso en la aparición (o no) de la enfermedad a niveles subclínicos (como por ejemplo, no fumar previene el cáncer de pulmón) y que abarcan aspectos tan distintos como la competencia cognitiva, la memoria, el control o la participación social.

También, a lo largo de la vida, existe un gradual declive en las capacidad de reserva física, entre otros enlentecimiento de la actividad motora, declive en la masa muscular y en la capacidad vital general. Ello puede considerarse como ligado a la edad y no, solamente, al envejecimiento. Sin embargo, también se ha investigado cómo mejorar la capacidad física y cuáles son sus efectos sobre el organismo en general. La Organización Mundial de la Salud (1998) ha puesto de relieve que el ejercicio físico regular es la mejor manera de tratar las pérdidas de capacidades físicas debidas a la edad y ha establecido los beneficios del ejercicio físico en las vertientes fisiológicas, psicológicas y sociales (ver también, Fernández-Ballesteros, 2002). En definitiva, como así pone de relieve la OMS, el ejercicio físico regular además de promocionar la

salud (como estilo de vida saludable) y mejorar la competencia física produce también mejoras en el funcionamiento cognitivo, afectivo y social del individuo.

En resumen, como podemos ver en la Tabla 5 (como Tabla resumen), podemos apreciar que intervenciones han sido desarrolladas desde la psicología que permiten mejorar o potenciar dominios relevantes para el envejecimiento óptimo.

Tabla 5.- Intervenciones psicológicas para promocionar componentes psicosociales del envejecimiento positivo

INTERVENCIONES	Ejercici) Físico	Entrenamient cognitivo	Entrenamiento Memoria	Pensamient positivo	Manejo estrés	Manejo Control	Incremento Actividad	Habilidad social
Competencia intelectual	X	X	X		X		X	
Memoria	X	X	X					
Emoción positiva	X			X				
Control			X		X	X	X	X
Estilos de Enfrentamieto						X	X	
Capacidad física	X							
Participación Social	X		X		X	X	X	X

No es el momento de abordar el amplio ámbito de la medicina comportamental o la psicología de la salud en sus aspectos promocionales o preventivos, lo más importante aquí es establecer cuales serían las áreas sobre las que se debería actuar para promocionar la salud y prevenir la enfermedad y la discapacidad.

2. Funcionamiento cognitivo, socio-cognitivo y afectivo

Pero, el envejecimiento óptimo no se reduce a la potenciación de la salud y, con ello, a la prevención de la discapacidad y la dependencia sino que existen otras condiciones físicas, cognitivas, emocionales y psicosociales que parecen formar parte intrínseca del envejecimiento satisfactorio.

Múltiples autores (Baltes y Baltes, 1990, Fries, 1989; Rowe y Khan, 1998, Ruíz Vargas, 2002) han puesto de relieve el declive en algunos de los parámetros de las funciones cognitivas. Así, es bien sabido como declina la inteligencia fluida a partir de los 30 años de edad y cómo algunas de las

funciones mnésicas se ven afectada por la edad. También algunos de estos autores han puesto de relieve cómo el declive que ocurre en el funcionamiento cognitivo puede verse compensado por el entrenamiento. Por ejemplo, Baltes y Schaie (1976), a través de estudios longitudinales pusieron de relieve como el declive que ocurre en inteligencia fluida entre los 60 y los 80 años (estimado en 0.5 DT) puede ser compensado si se realizan entrenamientos adecuados (estimada la mejora en 1 DT). Así también, en los últimos años se ha puesto de relieve que los déficits en memoria de trabajo y memoria episódica pueden ser tratados y que a través de programas de memoria bien establecidos puede lograrse compensar o paliar los déficits en el funcionamiento mnésico. Así, pues en ausencia de patologías demenciales puede concluirse que el funcionamiento cognitivo puede potenciarse a lo largo de la vejez.

Así también, parece claro que existen otras condiciones psicológicas que parecen estar relacionadas con el envejecimiento óptimo. Así, por ejemplo, los efectos de la emoción positiva tanto en la salud como en otras áreas del funcionamiento psicológico así como la posibilidad de incrementar la emoción positiva a través de intervenciones. Así mismo, la investigación avala la predicción realizada desde la teoría socio-cognitiva, a saber, que el control y la percepción del control (o auto-eficacia) esta en la base de esta forma de envejecer (Baltes y Baltes, 1990, Rowe y Khan, 1998) y cómo ello puede incrementarse. Así, también que los estilos de afrontamiento en el manejo del estrés o de la adversidad permiten prevenir condiciones psicopatológicas en la vejez (Klein y Bloom, 1997, Krause, 1995). Existen multitud de pruebas que ponen de relieve como mejorar los estilos de afrontamiento y cómo prevenir la ansiedad y la depresión así como cómo mejorar la percepción del control.

Finalmente, es bien conocido que los sentimientos de tristeza y los cuadros depresivos se incrementan en la vejez. También, desde la psicología se han desarrollado múltiples tratamientos para mejorar el estado de ánimo y prevenir la depresión y la tristeza (por ejemplo: Lewinshon, 1990)

El compromiso social

Finalmente, también los distintos modelos de envejecimiento parecen ser coincidentes en que el envejecimiento positivo lleva asociada una intensa relación, participación y productividad social y competencia social (Baltes y Baltes, 1990; Rowe y Khan, 1989, OMS, 2002). También, parece

suficientemente probado que a lo largo de la vejez suele producirse un cierto “desenganche” (“disengagement”) entre el individuo y su contexto social y que ello tiene consecuencias negativas tanto para el individuo como para la sociedad. Desde la psicología social y comunitaria y clínica y desde el modelo cognitivo social se ha puesto de relieve cuáles son las intervenciones que median y promueven en el individuo una más amplia red social y cómo promover mayor participación y compromiso social.

El programa “Vivir con Vitalidad”

Teniendo en cuenta todo esto, Fernández-Ballesteros (2002,2005) ha elaborado un programa para la promoción del envejecimiento activo llamado “Vivir con Vitalidad” que tiene dos versiones: Presencial y Multimedia. Ambos programas cuentan con cuatro módulos: salud comportamental y actividad física; activación cognitiva; promoción del afecto positivo y el control, y participación e implicación social.

Ambos programas han sido evaluados (Fernández-Ballesteros, Caprara y García, 2004; Fernández-Ballesteros, Caprara, Iñiguez y García, 2005). Las conclusiones de estas evaluaciones son las siguientes: 1) Las personas mayores que pasan por el programa y en comparación con un grupo control, incrementan significativamente el ejercicio físico, mejoran su dieta, realizan más actividad todo tipo de actividades, mejoran su sentido de auto-eficacia y su control y están más satisfechas con la vida e informan de haber mejorado su memoria, de ver la vida más positivamente.

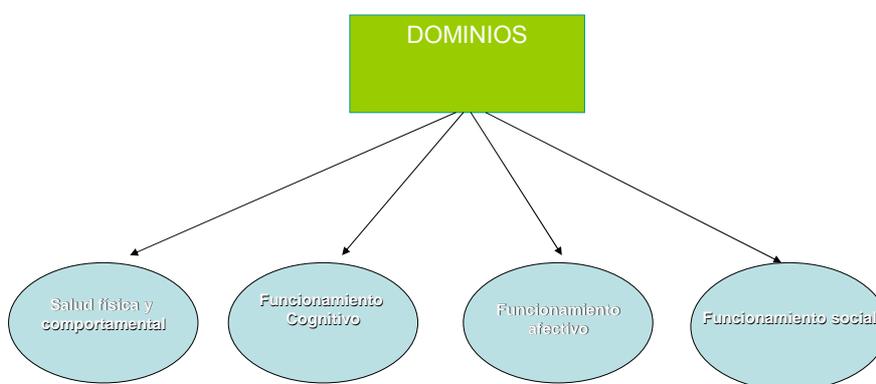
Evidentemente, nuevos estudios de seguimiento nos permitirán saber si estos efectos son duraderos y si todo ello influye en las formas de envejecer o, en resumen, en una longevidad positiva sin discapacidad.

Todos estos estudios nos han llevado a establecer un concepto de envejecimiento positivo apoyado en cuatro dominios que ha sido la base de ELEA.

2.7 Punto de partida conceptual

Los trabajos revisados y nuestra propia investigación sobre envejecimiento activo nos ha llevado a contemplar cuatro esenciales dominios que deberían figurar en ELEA. En la Figura 9 presentamos estos cuatro dominios: Salud física y comportamental (estilos de vida), funcionamiento cognitivo, funcionamiento afectivo y funcionamiento social.

Figura 9. Dominios del envejecimiento activo
(Fernández-Ballesteros, 2003)



r.ballesteros@uam.es

11

Teniendo como punto de partida el ESAP (del estudio EXCELSA), nos encontramos con el siguiente conjunto de variables de la Tabla 6.

Tabla 6. Dominios, Variables e Instrumentos contemplados en ELEA

DOMINIOS	VARIABLES	INSTRUMENTOS
Salud física y comportamental	SALUD	-Autovaloración -Agudeza sensorial (oído vista)
	ANTROPOMETRIA	-Talla -Peso y Grasa -Contorno de cintura -Contorno de cadera -Perímetro braquial
	MEDIDAS BIO-	-Equilibrio y Coordinación

	<p>CONDUCTUALES</p> <p>ESTILOS DE VIDA</p>	<p>- Fuerza</p> <p>-Rapidez</p> <p>-Capacidad pulmonar</p> <p>-Medidas psicofisiológicas</p> <p>-Ejercicio físico</p> <p>-Sueño</p> <p>-Consumo tabaco</p> <p>-Consumo alcohol</p> <p>-Alimentación</p>
Funcionamiento cognitivo	<p>MEMORIA DE TRABAJO</p> <p>COORDINACION VISO-MOTRIZ</p> <p>APRENDIZAJE AUDIO-VERBAL</p> <p>ESTADO MENTAL</p>	<p>-Dígitos inversa Wechsler</p> <p>-Claves de Wechsler</p> <p>-Test Potencial Aprendizaje Verbal de BEPAD</p> <p>-MMSE de Folstein</p>
Funcionamiento afectivo y personalidad:	<p>5-FACTORES</p> <p>SATISFACCIÓN CON LA VIDA y BIENESTAR</p> <p>RESILIENCIA</p> <p>REGULACIÓN AFECTIVA</p> <p>CONTROL INTERNO</p> <p>AUTO-EFICACIA PARA ENVEJECER</p>	<p>-Big-Five</p> <p>-PANAS</p> <p>-Propia</p> <p>-Caprara</p> <p>-Propia</p> <p>-R.F-B</p>
Funcionamiento social	<p>PRODUCTIVIDAD SOCIAL</p> <p>RELACIONES SOCIALES</p> <p>OCIO Y TIEMPO LIBRE</p> <p>SOCIO-DEMOGRÁFICAS</p>	<p>-Propia</p> <p>-Lubben</p> <p>-Propia</p> <p>-CIRES</p>

Con el fin de poder clasificar a los participantes y en base a nuestras revisiones anteriores se han utilizado los siguientes criterios de clasificación del envejecimiento activo:

DOMINIOS	INDICADORES
DISCAPACIDAD/ENFERMEDAD/	-No necesita ayuda para manejarse en la vida diaria

FUNCIONAMIENTO FÍSICO:	<ul style="list-style-type: none"> -No tiene problema de salud que interfiera -Afirma que puede valerse por si mismo -Califica su salud de "buena" o "muy buena"
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO	-Más de 27 en MMSE
SATISFACCIÓN CON LA VIDA	<ul style="list-style-type: none"> -Bastante o mucho en satisfacción con la vida -Igual o más que hace 5 años
COMPROMISO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> -Por encima de la Media en actividades productivas -Alguien cuenta con el o ella para resolver problemas (5.3.4) "Frecuentemente " "Muy a menudo" o "siempre"

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Los *objetivos generales* del *Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo* (ELEA) son los siguientes:

1. Desarrollar una base de conocimiento sobre envejecimiento activo que permita una definición operacional de este concepto.
2. Establecer cuáles son los determinantes del envejecimiento activo y, concretamente, la contribución relativa de los factores contextuales (económicos, ambientales, del sistema de salud y de protección social, etc.) y personales (estilos de vida, habilidades de coping, forma física, etc.) a través del estudio longitudinal del proceso diferencial de envejecimiento.
3. Con base en estos resultados sugerir políticas de actuación para la promoción del envejecimiento óptimo.

Dadas las características formales de esta convocatoria (la finalización del estudio deberá finalizar en diciembre de 2006), los *objetivos específicos* que se proponen en **este concreto Proyecto** son los siguientes:

1. Diseñar y planificar la primera oleada del estudio longitudinal sobre envejecimiento activo.
2. Preparar (a partir de la experiencia de los miembros del equipo en estudios semejantes) un *Protocolo de Investigación Longitudinal sobre Envejecimiento* (PILE) que incluya un *Manual de Operaciones* en el que se pormenoricen las actividades de investigación a realizar así como un Libro de códigos que permita los análisis estadísticos necesarios.
3. Proceder al estudio de campo de la primera oleada lo cual constituirá, en sí misma, un estudio transversal sobre envejecimiento activo.
4. Análisis descriptivos, psicométricos e inferenciales que nos permitirán llegar a los siguientes resultados: 1) Descripción en función de la edad, el sexo, la condiciones socioeconómica y otras variables potencialmente relevantes. 2) Verificar mediante análisis

psicométricos y estadísticos la estructura de los datos y los instrumentos que los soportan.

5. Informe, comunicación y disseminación de todo ello.

El envejecimiento activo es un complejo constructo sobre el que existen más teorizaciones que datos empíricos replicados. Así pues, en este momento de la investigación, las hipótesis han de ser esencialmente descriptivas:

1. Descripción operacional del envejecimiento activo desde una perspectiva multidimensional mediante componentes de salud, de ajuste físico, y el buen funcionamiento cognitivo, afectivo y social
2. Entre las variables personales serán las siguientes: los estilos de vida saludables, el sentido del control y la autoeficacia, las habilidades de afrontamiento, la personalidad positiva y las redes de apoyo social. Existen algunos predictores externos o ambientales del envejecimiento activo: las condiciones socio-económicas del individuo y los servicios sociales y sanitarios de los que disponga (como expresión de la atención social).

Además, en un segundo momento de la investigación, cuando se dispongan de datos longitudinales será posible plantearse hipótesis explicativas algunas de las cuáles pueden ser avanzadas:

3. El envejecimiento activo está determinado por factores socio-económicos, de servicios sanitarios y sociales de protección social y sanitaria y ambientales (es decir, por factores externos) así como por factores individuales: como los estilos de vida, el funcionamiento cognitivo, el pensamiento y la emoción positiva, la auto-eficacia, las habilidades de afrontamiento y las redes de apoyo social.

En una última etapa, podrán plantearse hipótesis interventivas que también pueden ser avanzadas: la manipulación de los determinantes del envejecimiento activo permitirán su promoción, incrementando, también, el bienestar en la vejez.

4. MÉTODO

4.1.- Participantes

En este estudio han participado 458 sujetos, 170 varones y 288 mujeres con una edad media de 66,47 años, (DT= 5,4; rango 55-75 años)² divididos en cuatro submuestras:

1. Participantes “Muestrales”. 98 sujetos voluntarios de una muestra representativa (por sexo y edad) obtenida con base al censo que aceptaron participar en el estudio.
2. Participantes “Centros de Mayores Urbanos”. 289 sujetos voluntarios entre los usuarios de centros de mayores en ayuntamientos urbanos (Madrid, Toledo).
3. Participantes “Centros Rurales”. 49 sujetos voluntarios procedentes de centros de mayores de ayuntamientos rurales (provincia de Toledo).
4. Participantes “PUMA”. 25 sujetos voluntarios entre los alumnos del programa PUMA (Programa Universitario de Mayores de la UAM).

²)Nuestro agradecimiento a los participantes que aceptaron colaborar en el estudio.

Con respecto al nivel de educación, el 21% no había tenido ningún tipo de educación formal, el 41% había terminado la educación primaria, 14% la educación secundaria, 11,6% la educación superior y el 12,3% había terminado alguna carrera universitaria. Estas últimas proporciones son significativamente altas, sobre todo cuando se toma en consideración que la educación superior y la universitaria son habitualmente equivalentes. La mayor representación de los titulados universitarios se debe no solo a los seleccionados en el PUMA, lo que parece lógico, sino también a los “muestrales”, lo que sugiere que los sujetos con mayor nivel educativo, en esas edades, están más dispuestos a contestar a una entrevista que los pertenecientes a estratos socio-económicos más bajos, posiblemente por temor a que la entrevista sea una “trampa”.

El estado civil de los sujetos se distribuye como sigue: El 5,3% solteros, el 70,5% casados, el 3,7% separados, el 3,5% divorciados y el 17,1% viudos.

En las Tablas 4.1, 4.2, 4.3 y 4.4 se presenta la distribución de la muestra por, edad, sexo, estado civil y nivel de educación alcanzado en función del contexto de selección de la muestra: “muestrales”, “PUMA”, “centros urbanos” y “centros rurales”.

TABLA 4.1.

Distribución de la muestra por grupos de edad

			EDADAGRU		Total
			55-64	65-75	
lugar de muestreo	muestrales	Recuento	50	45	95
		% de EDADAGRU	37,3%	13,9%	20,7%
	puma	Recuento	15	10	25
		% de EDADAGRU	11,2%	3,1%	5,5%
	centros urbanos	Recuento	54	235	289
		% de EDADAGRU	40,3%	72,5%	63,1%
	centros rurales	Recuento	15	34	49
		% de EDADAGRU	11,2%	10,5%	10,7%
Total		Recuento	134	324	458
		% de EDADAGRU	100,0%	100,0%	100,0%

TABLA 4.2
Distribución de la muestra por género

		Género		Total	
		VARÓN	MUJER		
lugar de muestreo	muestrales	Recuento	48	47	95
		% de lugar de muestreo	50,5%	49,5%	100,0%
puma		Recuento	11	14	25
		% de lugar de muestreo	44,0%	56,0%	100,0%
centros urbanos		Recuento	87	202	289
		% de lugar de muestreo	30,1%	69,9%	100,0%
centros rurales		Recuento	24	25	49
		% de lugar de muestreo	49,0%	51,0%	100,0%
Total		Recuento	170	288	458
		% de lugar de muestreo	37,1%	62,9%	100,0%

TABLA 4.3
Distribución de la muestra por nivel de educación alcanzado

		Nivel de educación alcanzado por el entrevistado					Total	
		Sin educación formal	primaria	secundaria	superior	universitaria		
lugar de muestreo	muestrales	Recuento	8	23	19	19	25	94
		% de lugar de muestreo	8,5%	24,5%	20,2%	20,2%	26,6%	100,0%
puma		Recuento	1	3	4	9	8	25
		% de lugar de muestreo	4,0%	12,0%	16,0%	36,0%	32,0%	100,0%
centros urbanos		Recuento	64	139	38	25	23	289
		% de lugar de muestreo	22,1%	48,1%	13,1%	8,7%	8,0%	100,0%
centros rurales		Recuento	23	23	3	0	0	49
		% de lugar de muestreo	46,9%	46,9%	6,1%	,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	96	188	64	53	56	457
		% de lugar de muestreo	21,0%	41,1%	14,0%	11,6%	12,3%	100,0%

TABLA 4.4
Distribución de la muestra por estado civil

		estado civil					Total	
		soltero	casado	separado	divorciado	viudo		
lugar de muestreo	muestrales	Recuento	6	73	5	3	8	95
		% de lugar de muestreo	6,3%	76,8%	5,3%	3,2%	8,4%	100,0%
puma		Recuento	5	15	1	2	1	24
		% de lugar de muestreo	20,8%	62,5%	4,2%	8,3%	4,2%	100,0%
centros urbanos		Recuento	12	195	7	10	65	289
		% de lugar de muestreo	4,2%	67,5%	2,4%	3,5%	22,5%	100,0%
centros rurales		Recuento	1	39	4	1	4	49
		% de lugar de muestreo	2,0%	79,6%	8,2%	2,0%	8,2%	100,0%
Total		Recuento	24	322	17	16	78	457
		% de lugar de muestreo	5,3%	70,5%	3,7%	3,5%	17,1%	100,0%

4.2.-Instrumento

La investigación se ha llevado a cabo a través de la aplicación de la entrevista estructurada PELEA (Protocolo del Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo) que aparece en el Apéndice. La entrevista tuvo una duración aproximada de 90 minutos y fue administrada en condiciones controladas por entrevistadores entrenados.

4.3.- Procedimiento

4.3.1.-Selección de los participantes

Como criterio de inclusión se ha tomado el rango de edad de 55-75 años para poder participar en el estudio.

En términos generales, la selección de la muestra se ha realizado de la siguiente manera. Inicialmente, se seleccionó a Madrid y Toledo como ciudades y localidades rurales que nos permitieran obtener una muestra representativa. Cuando conseguimos ésta (N=3.700) se procedió a enviar a todos los individuos de la muestra representativa (por oleadas de 300 cada 10

días) un Tríptico informativo de ELEA (ver Apéndice). Pasadas 2 semanas, se contactó a los sujetos de la muestra telefónicamente. De las personas contactadas telefónicamente, de esta primera muestra, solo obtuvimos colaboración aproximada de un 10% por lo que hubo de procederse a un reclutamiento a través de Centros de Mayores de zonas urbanas y rurales de Madrid y Toledo. En los Centros se procedió a difundir información en cada uno de los Centros y, posteriormente, a reclutar a voluntarios de los mismos. Finalmente, se pidió colaboración a los estudiantes del Programa Universitario de Mayores (PUMA) de la Universidad Autónoma. Por tanto, contamos con 4 submuestras que pasamos a describir.

En resumen, la selección de los sujetos en los cuatro contextos diferentes ha sido la siguiente:

- “Muestrales”. El procedimiento de captación de los sujetos muestrales ha sido como sigue:
 1. Se eligió una muestra al azar del censo de población de ciudadanos de Madrid.
 2. A dicha muestra se envió un mailing en el que se informaba de la investigación y se solicitaba su participación en el estudio.
 3. Por último se contactaba telefónicamente para pedir cita
 4. Se evaluó a aquellos que aceptaron participar en el estudio (aproximadamente un 25%).
- “Centros Rurales y Centros Urbanos”. Se contacto con los responsables de las las Comunidades Autónomas de Madrid y Castilla-La Mancha para solicitar colaboración. Una vez lograda ésta, se contactó con los Directores de los Centros presentando el estudio ELEA, enviando información sobre el mismo y pidiéndoles colaboración. Una vez en los Centros, los entrevistadores (ayudados por el personal del Centro), distribuían información a los socios y reclutaban a los participantes voluntarios³.

³) Nuestro agradecimiento más sincero a los responsables de las Comunidades Autónomas implicadas y a los responsables de los Centros.

- “PUMA”. Tras informar a los alumnos sobre ELEA, se presentaron voluntarios del programa universitario de mayores “PUMA” que tiene lugar en la Universidad Autónoma de Madrid.

4.3.2.- Selección de entrevistadores

El equipo de investigación llevó a cabo la selección de los entrevistadores que tomaron parte en el estudio. Los criterios de dicha selección fueron: 1) ser licenciados en Psicología. 2) Haber trabajado o mostrado interés especial por las personas mayores (se valoró el haber cursado en la licenciatura asignaturas optativas como psicología de la vejez, realizar el Practicum en residencias de ancianos así como la experiencia en investigación con personas mayores) y 3) Disponibilidad de tiempo que les permitiera viajar fuera de Madrid y a zonas rurales.

Finalmente, se seleccionaron 7 entrevistadoras que fueron debidamente entrenadas.

4.4.-Variables

En el Epígrafe 2.7 en el que se describe el punto de partida teórico se listan los dominios, las variables y los instrumentos utilizados. Todas esas variables, pueden dividirse en dos grupos: por un lado, las variables de clasificación y por otro, las variables objeto de estudio que han sido consideradas y, por tanto, medidas en los sujetos.

Las **variables de clasificación** han sido:

- *Contexto*. “Muestrales”, “PUMA”, “Centros Urbanos”, Centros Rurales”
- *Edad*. Se ha agrupado a los sujetos en 2 grupos según su edad (< 65 años y >65 años)
- *Género*. 2 niveles
- *Nivel de estudios*. 5 niveles (sin educación formal, educación primaria, secundaria, superior o universitaria)
- *Estado Civil*. 4 niveles (soltero, casado, separado o divorciado y viudo)

Las **variables objeto de estudio** han sido las siguientes:

1. *Salud*. Para medir esta variable se han tomado distintos indicadores tanto objetivos como subjetivos. Tanto sobre problemas de salud en general como de aspectos específicos como problemas de vista, oído o movilidad
2. *Antropometría*. Las medidas antropométricas que se han incluido han sido: Talla, Peso, Grasa corporal, contorno de cintura, contorno de cadera y perímetro braquial
3. *Medidas bioconductuales*. Se han considerado medidas sobre equilibrio y coordinación, fuerza, medidas psicofisiológicas como la presión arterial y la tasa cardiaca, velocidad motora medida con el tapping test (TP/EXCELSA-UAM, laboratorio de Microelectrónica). Capacidad Pulmonar medida con el espirómetro Peak Flow meter.
4. *Estilos de vida*. Se han considerado hábitos conductuales beneficiosos y perjudiciales para el envejecimiento con éxito: Actividad física, sueño, consumo de tabaco, consumo de alcohol, hábitos alimenticios
5. *Funcionamiento cognitivo*. Test de amplitud de Dígitos hacia atrás, el Dígito símbolo (WAIS, 1955) y el Test de Potencial de Aprendizaje Verbal que forma parte del BEPAD de Fernández-Ballesteros et al. (en prensa).
6. *Personalidad*. Se ha introducido en la entrevista el Inventario de Personalidad Reducido de Cinco Factores NEO-FFI (de Costa y McCrae) ya que reúne suficiente garantías científicas y aporta información sobre cinco factores de personalidad: Neuroticismo, Extroversión, Apertura a la experiencia, Cordialidad y Responsabilidad.
7. *Funcionamiento emocional y "coping"*. Se han considerado medidas de satisfacción con la vida en general (Lykken & Tellegen, 1966). Medida del afecto positivo negativo PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Medidas de Auto-eficacia emotiva y de resiliencia.
8. *Auto-eficacia y control percibido*. Se ha evaluado la percepción de control del individuo, y la Auto-eficacia para resolver problemas tanto de salud como cognitivos o emocionales.
9. *Actividades de ocio y productivas*. Se mide la frecuencia con que el sujeto realiza o ha realizado en el último año distintas actividades tanto de ocio como productivas.
10. *Relaciones sociales*. En esta área se han considerado aspectos del tamaño de las redes sociales tanto familiares como de amigos o de

confianza. Asimismo se pregunta sobre la satisfacción con la/las persona/s con las que vive el entrevistado

11. *Sociodemográficos*. Además del estado civil y el nivel de educación del entrevistado y del cabeza de familia, esta área aglutina datos sobre la jubilación, el nivel de ingresos, la profesión, el grado de religiosidad, y los valores más importantes para el entrevistado.

4.4.5 Puntuaciones en agregado

Dado que en determinadas variables nos interesaba tener una puntuación global de los ítems que las componían, hemos procedido a hallar la puntuación media o total. Así, por ejemplo, en red familiar se han sumado los ítems correspondientes a la frecuencia con que el sujeto ve a distintos miembros de su familia, obteniendo una medida total de red familiar. En las medidas relativas a las dificultades para la realización de determinadas actividades de la vida diaria se ha hallado la puntuación media de las AVD básicas por un lado y de las AVD instrumentales por el otro.

Las variables que hemos utilizado en agregado han sido las siguientes:

1. ACTIVIDADES DE OCIO
2. ACTIVIDADES PRODUCTIVAS
3. AFECTO POSITIVO Y AFECTO NEGATIVO
4. AUTO-EFICACIA EMOTIVA NEGATIVA
5. AUTO-EFICACIA EMOTIVA POSITIVA
6. EMPATÍA INTEPERSONAL
7. RED FAMILIAR
8. RED AMIGOS
9. RELACIONES DE CONFIANZA
10. NEUROTICISMO
11. EXTROVERSIÓN
12. APERTURA A LA EXPERIENCIA
13. CORDIALIDAD
14. RESPONSABILIDAD
15. SALUD SUBJETIVA

- 16. FITNESS (PERCEPCIÓN DE ESTADO DE FORMA)
- 17. AVD BÁSICAS Y AVD INSTRUMENTALES
- 18. HÁBITOS CONSUMO ALCOHOL
- 19. FRECUENCIA CONSUMO DE ALIMENTOS
- 20. AUTO-EFICACIA PARA ENVEJECER

4.4.6.- Fusión de categorías de respuesta y transformación de variables

4.4.6.1.-Fusión de categorías de respuesta

Con objeto de evitar celdillas de baja frecuencia se han fusionado las categorías de respuesta de las siguientes variables

Estado civil: Se comprobó la baja frecuencia de personas separadas 3,7% y divorciadas 3,5% en la muestra y se tomó la decisión de no diferenciarlas y unir esas dos categorías; por lo que resultó una categoría más amplia de separado o divorciado que correspondía al 7,2% de la muestra.

Ingresos. Dicha variable estaba operativizada con nueve categorías de respuesta en orden creciente de menos de 300 Euros hasta más de 2700 Euros. Tras realizar los análisis descriptivos, observamos que solo 2 sujetos contestaban a la categoría correspondiente a menos de 300 Euros. Decidimos, por tanto, eliminar dicha categoría y ampliar el rango de la siguiente hasta 450 Euros.

4.4.6.2.-Transformación de variables

Dado que las alternativas de respuesta de las variables relativas a las actividades de ocio y productivas daban lugar a la frecuencia diaria, semanal, mensual o anual de las distintas actividades, se ha calculado una medida global combinada de las mismas ponderando proporcionalmente cada alternativa de respuesta.

El balance entre los afectos, es una medida muy utilizada y estudiada en las investigaciones sobre el bienestar. Para obtenerla, se ha calculado una nueva variable que es la resultante de restar la medida de afecto positivo (PANAS) de la medida de afecto negativo (PANAS)

Asimismo, con objeto de valorar el potencial de aprendizaje, se ha realizado otra transformación que ha consistido en restar a la medida post del test de aprendizaje verbal adaptado para potencial de aprendizaje (AVLT/PA) la medida pre del mismo test.

El índice de masa corporal siguiendo la fórmula de masa = peso (kg)/talla² (m).

Por último se ha calculado una medida de clasificación del envejecimiento activo. Para calcular dicha variable se han considerado los aspectos teóricamente relacionados con la forma de envejecer satisfactoriamente de acuerdo con lo presentado en el Epígrafe 2.7. Los sujetos incluidos en esta variable han sido aquellos que manifiestan:

- *No necesitar ningún tipo de ayuda para manejarse en la vida diaria,*
- *No tener ningún problema de salud que interfiera en su vida,*
- *Poder valerse por sí mismos,*
- *Califican su salud como “buena” o “muy buena”,*
- *Han obtenido en el MMSE una puntuación superior a 27,*
- *Están “bastante” o “muy” satisfechos con su vida,*
- *Están “igual” o “más” satisfechos con su vida ahora que hace 5 años*
- *Realizan más actividades productivas que la media del grupo y*
- *Alguien cuenta con ellos para resolver problemas “frecuentemente” “muy a menudo” o “siempre”.*

4.5 Análisis estadísticos

Los datos han sido sometidos a tres tipos fundamentales de análisis:

1. Descriptivos. En este nivel, se han hallado frecuencias, medias, desviaciones típicas y correlaciones de todas las variables objeto de estudio.
2. Psicométrico. Se ha hallado la consistencia interna de todas las escalas utilizadas. Asimismo, se ha comprobado si se replicaban las estructuras factoriales de los test con base factorial y se ha analizado la estructura factorial de todo el instrumento.

3. Inferencial. Se han analizado las diferencias de medias en las variables objeto de estudio en función de la edad, el género, la educación, el estado civil, la renta y el contexto. Se han realizado análisis predictivos para examinar los aspectos que predicen el envejecimiento activo

Para todos los análisis se ha utilizado el programa estadístico SPSS 13.0

Se ha elaborado un libro de códigos (ver Apéndice) para la introducción de datos en el programa.

6. RESULTADOS

6.1.-ANÁLISIS PSICOMÉTRICOS

6.1.1. Consistencia interna

Escala del afecto positivo y negativo PANAS

Esta escala contiene 20 ítems que describen diferentes sentimientos positivos y negativos. Tras el análisis de consistencia interna se ha obtenido un $\alpha = 0,74$ que indica que los elementos son bastante consistentes entre sí.

Escala de auto-eficacia emotiva

Esta escala está formada por siete ítems relativos a la percepción que tiene el individuo sobre su capacidad para enfrentarse a problemas emocionales. Los elementos han mostrado una consistencia moderada, ya que el α resultante ha sido de 0,63.

Relaciones sociales:

- **Relaciones familiares** $\alpha = 0,56$; nº ítems = 3
- **Relaciones de amistad:** $\alpha = 0,76$; nº ítems = 3
- **Relaciones de confianza y ayuda.** $\alpha = 0,56$; nº ítems = 6

Personalidad:

- **Neuroticismo:** $\alpha = 0,77$; nº ítems = 12
- **Extraversión:** $\alpha = 0,79$; nº ítems = 12
- **Apertura a la experiencia:** $\alpha = 0,69$; nº ítems = 12
- **Cordialidad:** $\alpha = 0,62$; nº ítems = 12
- **Responsabilidad:** $\alpha = 0,74$; nº ítems = 12

Fitness:

Escala formada por 5 ítems relativos a la percepción que tiene el sujeto sobre su estado de forma física comparado con la gente de su edad y sexo. La consistencia interna entre los 5 elementos de esta escala ha sido muy alta: $\alpha = 0,88$

Auto-eficacia para envejecer:

Los 10 elementos que integran esta escala se refieren todos ellos a la percepción del sujeto sobre su capacidad de resolver problemas relacionados

con el envejecimiento (salud, cognitivos, funcionales y socioemocionales). La consistencia interna encontrada ha sido muy alta: $\alpha = 0,84$.

6.1.2.-Comprobación de factores en variables con base factorial

6.1.2.1 Análisis factorial del NEO:

En la tabla 6.1, se presenta la matriz resultante del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax de los elementos del NEO.:

1. El primer factor está formado por 8 elementos considerados por los autores como indicadores de neuroticismo y explica el 7,9% de la varianza total.
2. El segundo factor agrupa a 9 elementos que miden teóricamente responsabilidad y explica el 7,7% de la varianza total.
3. El tercer factor contiene saturaciones de 6 elementos de la variable de personalidad “cordialidad”, pero también saturan en él 5 elementos de extraversión. Explica el 7,3% de la varianza total.
4. El cuarto representa claramente el factor de “apertura” ya que todos los ítems que saturan en él son indicadores de esta característica de personalidad. Explica el 5,32% de la varianza total.
5. El quinto factor, aunque igual que el tercero contiene elementos mezclados de las distintas variables de personalidad, saturan en él mayoritariamente ítems del factor “cordialidad”. Explica el 5,18% de la varianza total.

En definitiva, creemos que aunque la estructura factorial, obtenida con nuestros datos, del NEO no es idéntica a la obtenida por sus autores, consideramos que es muy equiparable y, por tanto, se comprueba satisfactoriamente la base factorial del NEO.

TABLA 6.1
Matriz de componentes rotados(a)

	Componente				
	Neuroticismo	Responsabilidad	Extro/cordial	Apertura	Cordialidad
16N. A veces me parece que no valgo absolutamente nada	,639	-,163	,077	,027	-,005
21N. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza	,627	,105	-,013	-,126	-,048
46N. Rara vez estoy triste o deprimido.	,625	-,130	-,157	,074	,021

36N. A veces me he sentido amargado y resentido.	,584	,080	,011	-,028	-,212
26N. Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.	,564	,062	,207	,054	-,159
27E.No soy tan vivo ni tan animado como otras personas	-,558	,049	,211	,183	-,203
31N. A menudo me siento tenso e inquieto	,553	,235	,033	-,007	-,313
1N. A menudo me siento inferior a los demás	,548	-,188	-,007	-,015	,062
11N. A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.	,525	,034	-,067	,001	-,251
17E. No me considero especialmente alegre	-,493	,060	,374	,084	-,177
37E. En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.	-,407	-,157	,063	,314	-,135
42E. Huyo de las multitudes.	-,370	-,136	,099	,080	-,031
55R. Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna	-,342	,221	-,186	,095	,306
6N. Rara vez me siento con miedo o ansioso	,253	-,058	-,164	,219	-,010
40R. Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.	,006	,678	,169	,035	-,041
35R. Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago	,131	,640	,126	-,068	,071
45R. Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo	,049	,622	,174	-,074	,000
30R. Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.	,212	,610	,151	-,030	,107
20R. Tengo mucha auto-disciplina	,016	,588	,075	-,026	-,011
32E. Soy una persona muy activa	-,149	,583	,242	,170	-,145
15R. Trabajo mucho para conseguir mis metas	-,126	,551	,146	,159	-,156
25R. Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.	,097	,523	-,001	,041	,283
10R. Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.	-,158	,496	,196	,106	-,108

5R. Parece que nunca soy capaz de organizarme.	-,244	,414	-,018	-,069	,141
41N. Soy bastante estable emocionalmente	,188	-,354	-,333	,087	,047
44C. Trato de ser humilde	,144	,350	,312	-,264	,221
29C. Mi primera reacción es confiar en la gente	,028	,068	,587	,104	,097
49C. Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.	,004	,075	,551	-,021	,067
7E. Disfruto mucho hablando con la gente.	-,033	,222	,546	,043	-,109
12E. Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.	-,096	,143	,532	-,018	-,150
4C. A veces tiendo a pensar lo mejor de la gente	-,032	,097	,511	,122	,334
22E. Me gusta tener mucha gente alrededor	-,078	,108	,461	,004	-,137
2E. Soy una persona alegre y animosa	-,425	,186	,456	,095	-,213
47E. A veces reboso felicidad.	-,376	,207	,445	,045	-,195
39C. Tengo mucha fe en la naturaleza humana	,036	,242	,444	,032	,160
24C. Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.	-,044	,123	,422	-,145	,200
52E. Me gusta estar donde está la acción.	-,126	,243	,380	,109	-,320
57E. No me gusta mucho charlar con la gente.	-,260	-,038	,368	,130	,136
48A. Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.	,115	,227	,352	,254	-,170
34C. Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador	-,091	-,245	,328	-,085	,281
23A. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.	-,178	-,117	-,127	,597	,125
38A. Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.	-,112	-,009	,015	,568	,128
13A. Tengo gran variedad de intereses intelectuales.	,003	,269	,151	,565	-,006
28A. Tengo mucha fantasía	-,034	-,015	,001	,535	-,187

43A. A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas	-,247	-,057	-,099	,515	,040
3A. A veces, cuando leo una poesía o contemplo una obra de arte, siento profunda emoción o excitación	,202	,100	,390	,429	,089
18A. Despierta mi curiosidad el arte y la naturaleza	,025	,197	,297	,408	,088
8A. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.	,080	,012	,226	,407	,097
58A. Rara vez experimento emociones fuertes	-,083	-,043	-,074	,399	-,158
53A. Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países	-,007	,025	,068	,358	-,140
33A. Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.	,066	,033	,123	,217	-,178
51N. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento	,272	-,113	,267	-,059	-,561
50R. En ocasiones primero actúo y luego pienso.	-,173	,197	-,283	,141	,534
14C. A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero	,019	-,103	,102	-,111	,484
9C. A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero	,016	,057	,044	,007	,455
19C. Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.	-,002	-,053	,109	-,094	,443
56N. Es difícil que yo pierda los estribos.	,029	-,133	-,048	,227	-,415
54C. Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario	-,074	-,231	,156	-,338	,368
60R. Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer	-,057	,282	-,151	,118	,347
59C. Los mendigos no me inspiran simpatía.	,021	-,093	,211	,097	,252

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización **Varimax** con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 23 iteraciones.

6.1.2.2. Análisis factorial de la escala de auto-eficacia emotiva:

Esta escala tiene una base factorial de 3 factores:

1. EN: auto-eficacia emotiva negativa
2. EP: auto-eficacia emotiva positiva
3. EI: empatía interpersonal

El análisis factorial que hemos efectuado para comprobar si se replicaba la estructura factorial, muestra una matriz rotada con dos factores (ver tabla 6.2):

1. En el primer factor saturan los tres elementos relativos a la Auto-eficacia emotiva negativa y explica el 31,6% de la varianza
2. En el segundo factor saturan los dos elementos correspondientes a la Auto-eficacia emotiva positiva y, además, uno de los dos elementos correspondientes a la empatía interpersonal; algo que no es de extrañar ya que el significado de los ítems es muy similar. Explica el 19,4% de la varianza total

TABLA 6.2
Matriz de componentes rotados(a)

	Componente	
	EN	EP/EI
Auto-eficacia Cuando le rechazan y siente rabia (EN)	,795	,059
Auto-eficacia Cuando no le aprecian como debieran y se siente frustrado (EN)	,790	,069
Auto-eficacia Cuando le critica alguien que le importa (EN)	,718	,098
Auto-eficacia Cuando otros le desagradan ponerse en su lugar (EI)	,263	,217
Auto-eficacia Cuando otros tienen problemas, identificarse con ellos (EI)	,038	,817
Auto-eficacia Ante el éxito de otros, alegrarse(EP)	,139	,806
Auto-eficacia Ante el propio éxito, manifestar a otros que se siente contento (EP)	,083	,559

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

6.1.3. Análisis factorial del protocolo PELEA

En la tabla 6.3, se puede observar la matriz rotada resultante del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax de los elementos del instrumento utilizado en la presente investigación PELEA.

La matriz muestra 10 factores que explican el 53% de la varianza total.

1. El primer factor que explica el 7% de la varianza y en él saturan elementos relativos a la **satisfacción** del sujeto tanto en relación al pasado como con sus relaciones sociales. Asimismo, saturan en este factor la talla y rapidez del sujeto medida con el tapping test.
2. El segundo factor explica el 6,32% de la varianza total y en él saturan variables que tienen que ver con **tamaño** o volumen como masa corporal, perímetro, peso, grasa, etc.
1. El tercer factor explica el 6,32% de la varianza y sus saturaciones tienen que ver con el **funcionamiento cognitivo** y la memoria así como aspectos socioeconómicos como nivel de ingresos y educación.
2. El cuarto factor explica el 6,13% de la varianza total y en él saturan elementos relativos a la Auto-eficacia tanto emocional como la **Auto-eficacia para envejecer**.
3. El quinto factor explica el 6% de la varianza total y se han agrupado en este factor llamado **fuerza** en el que saturan elementos relativos a la fuerza de agarre, el peak flow así como hábitos de beber alcohol. Creemos que en este factor subyace la variable género ya que los hombres tienen más fuerza y además habitualmente beben alcohol en mayor medida que las mujeres. (según análisis de comparación de medias explicado en el epígrafe correspondiente).
4. El sexto factor explica el 5,43% de la varianza total. Las variables de **personalidad** introducidas en el instrumento son las que mayores saturaciones muestran.
5. El factor séptimo explica el 5% de la varianza total. En él saturan elementos relativos a la **emocionalidad positiva** como la Auto-eficacia emotiva positiva y el afecto positivo.

6. El octavo factor explica el 4,6% de la varianza total. Los elementos que mayores saturaciones tienen en este factor están relacionados con la **forma física**, la actividad física, la flexibilidad, etc
7. El factor noveno explica el 4,1% de la varianza. En él saturan elementos que tienen que ver con la percepción de **salud** y el equilibrio dinámico
8. Por último, el factor décimo explica el 4,1% de la varianza y está representado por elementos relativos con el **participación social** que tienen los sujetos como la red de personas con las que puede contar el sujeto a la hora de tomar decisiones.

En definitiva, los resultados de este análisis factorial se ajustan a nuestras áreas de indagación; es decir, la estructura factorial es coincidente con nuestra estructura conceptual de partida: Salud, Ajuste físico, Funcionamiento cognitivo, Funcionamiento emocional (Satisfacción, Emoción positiva, Satisfacción Auto-eficacia, Personalidad) y Participación social. Aparecen dos factores que no se ajustan a nuestras variables iniciales: la fuerza y la talla dado que ambos están en relación con el género.

TABLA 6.3
Matriz de componentes rotados(a)

	Componente									
	Satisfacción	Tamaño	Inteligencia	Auto-eficacia	Fuerza	Personalidad	Emoción positiva	Actividad física	Salud	Participación social
Tapping test (mano izquierda) mejor puntuación	,736	,009	,178	,122	,115	-,119	,015	,128	,041	-,110
Tapping test (mano derecha) mejor puntuación	,682	,150	,140	,196	,107	-,154	,097	,089	,033	-,218
Talla	,564	-,057	,081	-,047	,471	-,086	,283	,006	,083	,116
¿En qué medida está Vd. satisfecho con la/s persona/s con la/s que vive?	,509	,274	,104	,029	,154	,129	-,081	,087	,038	,414
RED AMIGOS: RELSOC	,508	-,072	-,129	-,259	-,199	,029	-,213	,029	-,032	,048
Su satisfacción es mayor, menor o igual que hace 5 años?	,496	,197	,045	,189	-,025	,183	-,095	-,165	,208	,105
NEUROTIC	-,471	-,029	-,020	-,227	-,197	-,168	-,095	,160	-,178	-,305
Equilibrio dinámico: marcha	,368	-,233	-,134	-,007	,061	,106	,153	,101	,288	-,120
Masa corporal (peso en kg/talla en m al	-,287	,811	-,116	,149	-,076	,121	,044	-,089	-,070	-,106

cuadrado)										
Contorno de cintura	,154	.781	-,205	,062	,281	-,037	,071	-,225	,026	-,018
Peso	,164	.751	-,056	,110	,289	,063	,258	-,088	,028	-,008
% Grasa corporal	-,439	.612	,138	-,045	-,173	,193	,041	-,007	,192	,046
Perímetro braquial	,226	.582	-,210	,112	,249	-,086	-,070	-,036	,211	-,179
Presión arterial sistólica	,190	.502	,127	-,195	,037	,025	-,162	,291	-,337	,246
Presión arterial diastólica	,123	.462	,018	-,150	-,074	-,029	-,160	,397	-,349	,187
Equilibrio estático A, segundos con el pie levantado	,102	-,421	,299	,028	,186	,015	,018	,387	-,040	-,034
Grado de aceptación de la jubilación por parte del entrevistado	,177	,355	,298	,181	-,040	,054	-,006	,189	,010	,136
E7. Aprendizaje verbal. Diferido	-,049	-,052	.753	-,065	-,086	,073	-,058	,103	,037	-,099
Dígito símbolo	,242	-,114	.609	,237	,098	-,019	,252	,148	,141	,115
PUNTUACIÓN DE GANANCIA DE AVLT	-,073	-,014	.595	-,141	-,061	,070	-,368	-,020	-,179	-,011
Número de años de educación del entrevistado:	,334	-,186	.572	,172	-,028	-,032	,354	-,250	-,069	,106
Ingresos mensuales en euros	,341	,003	.552	,144	-,088	,055	,366	-,037	,147	-,074
Nivel de educación alcanzado por el entrevistado	,497	-,225	.519	,145	-,031	,054	,335	-,112	,014	,030
PUNTUACIÓN TOTAL DEL MMSE	,065	-,183	.489	,156	,289	-,097	-,123	,204	,235	,087
Memoria de dígitos hacia atrás	,046	,065	.415	-,047	,354	,105	,173	,268	-,044	,109
ALIMEFRE	-,077	-,018	,313	,183	-,294	-,242	-,019	,296	,078	-,200
¿En qué medida le afectó?	,051	-,124	-,292	,073	-,241	,173	-,004	,197	-,191	-,147
Medida global de Auto-eficacia funcional	,159	,050	,080	.911	-,087	,071	,137	,066	,009	,125
Auto-eficacia funcional	,001	-,060	,129	.757	,173	,128	,042	,218	-,072	,057
Auto-eficacia cognitiva	-,016	,154	,083	.700	,183	,049	,074	-,110	,124	-,135
Auto-eficacia socioemocional	,235	,040	,024	.613	-,387	,104	,136	-,026	-,055	,202
Auto-eficacia de salud	,294	-,009	-,028	.494	-,339	-,088	,155	,120	,004	,306
Frecuencia de actividades de ocio	,294	-,008	-,251	.467	,416	-,014	-,062	,028	,049	-,066
BEBEHAB	,064	,095	,033	,097	.619	,046	,030	-,018	,233	,078
BEBESEMA	-,159	,202	-,148	,030	.611	,034	,037	,000	,234	,155
Mejor puntuación fuerza de agarre	,368	,036	-,045	-,078	.563	-,072	,157	,438	-,036	,082

Peak flow mejor puntuación	,350	-.033	,086	-.025	,550	,098	-.222	,121	-.076	,003
CORDIAL	-.085	-.099	-.168	-.181	-.477	,360	-.176	,098	,254	,256
EXTROVER	-.043	,044	-.209	-.060	-.013	,738	,177	-.063	,130	,023
CONDUCTA PROSOCIAL	-.056	-.042	,034	,126	-.166	,726	,083	,109	,005	-.152
DAR AYUDA	,006	,081	,279	,133	-.024	,633	,022	-.167	,025	,198
RESPONSA	,087	,068	,003	,121	,203	,572	-.076	,058	-.187	,001
APERTURA	,051	-.039	,375	-.030	,011	,554	,128	-.028	-.089	-.080
Teniendo en cuenta lo bueno y lo malo, ¿En qué medida se siente satisfecho con su vida?	,235	3,440E-05	-.010	,095	,117	,420	,385	,020	,343	,261
Control percibido	,049	-.142	,128	-.386	-.030	-.414	,150	,041	-.139	-.065
Comparado con la gente en general, ¿cómo diría que supera los problemas o situaciones conflictivas de la vida?	-.032	,217	,193	,231	,019	,274	-.044	-.125	,268	-.056
AFECTO POSITIVO	-.022	,179	,019	,027	,152	,178	,681	,067	,010	-.374
AFECTO POSITIVO - AFECTO NEGATIVO	,115	,076	,207	-.031	,344	-.087	,643	-.043	,202	,154
AUTO-EFICACIA EMOTIVA POSITIVA	-.022	,089	-.023	,080	-.412	,166	,613	,101	-.006	,108
En general ¿cómo diría Vd. que oye?	-.113	-.105	,061	,225	-.105	,031	,504	,013	-.386	-.022
EMPATÍA INTERPERSONAL	,311	-.082	,170	,156	-.267	,173	,324	,071	,143	,061
Valoración de fitness (forma, fuerza, flexi....)	,036	-.043	-.026	,183	,036	,183	,053	,650	,102	-.153
¿Cómo describiría su actividad física en su vida diaria durante el último año?:	-.049	-.062	,091	-.032	-.170	-.047	,019	,588	-.146	-.123
Es Ud. religioso?	,082	-.108	-.019	-.032	-.200	,099	,112	-.513	-.232	-.163
Equilibrio estático B: segundos de permanencia sobre el pie dominante con los ojos cerrados	,185	-.292	,238	,050	-.038	-.075	,141	,433	,023	-.048
Tasa cardíaca. Pulsaciones	-.037	,151	,056	,238	-.137	,100	-.015	-.292	,151	-.017
Contorno de cadera	,166	,318	-.019	-.109	,061	-.028	,129	-.019	,694	,050
Equilibrio dinámico: girar	,089	-.163	,173	,151	,146	-.009	-.069	,034	,653	-.013
Percepción de salud (1+ 2 + 3)	,296	-.066	,090	,107	,074	,182	,267	,389	,433	,148
RECIBIR AYUDA	-.079	,079	,013	,043	-.040	,044	-.165	-.235	-.021	,654

APECTO NEGATIVO	-,146	,101	-,202	,060	-,213	,274	,007	,114	-,206	-,545
AUTO-EFICACIA EMOTIVA NEGATIVA	-,017	-,006	-,119	,060	,071	,079	,245	,175	-,025	,463
Frecuencia de actividades productivas	-,021	,081	,033	-,247	-,115	,361	,054	,148	,115	-,434
Cuando utiliza gafas o lentillas, diría que su vista es:	-,090	-,033	,358	,099	-,034	,148	,141	,149	,068	,376

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.

6.1.4. ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES

Se han examinado las relaciones entre variables que pasamos a comentar a continuación por áreas y que figuran en el Apéndice correspondiente.

Nivel de actividad

Se han encontrado las siguientes asociaciones:

-Actividad. Las actividades de ocio están asociadas a un nivel de probabilidad menor o igual a 0,01 con las **actividades productivas (.14)**. Se

-Satisfacción y auto-eficacia. Se destacan también las correlaciones (con un nivel de significación del 0.05) con las variables **Satisfacción con la vida (.11)**, y **satisfacción con las personas con las que vive (-.10)** y con signo positivo con **neuroticismo (.09)** y nivel de afectación de **circunstancias difíciles (dentro de la variable resiliencia) (.11)** y **afecto negativo (.10)**. **Auto-eficacia emotiva negativa (.09)** y **Auto-eficacia para envejecer (.10)**. Así mismo, se ha encontrado una correlación negativa con la variable de personalidad **Neuroticismo (-.10)**. Entre las variables que correlacionan con la realización de Actividades productivas se destacan con un nivel de significación del 0,01 la variable “dar ayuda” (.15), relación que refleja un alto grado de coherencia teniendo presente el carácter de ayuda de las actividades productivas. Del mismo modo correlaciona con la variable actividades de ocio (.14) y con un signo negativo con la **variable años de educación (-**

.12). Esto puede ser debido al carácter de las actividades que se expresan; ninguna exige un grado de especialización. De este modo puede ser, este tipo de actividad productiva, en el que se concentren los sujetos que no presentan un alto grado de cualificación académica.

-Salud. Se destacan las correlaciones (a un nivel de significación del 0.05) con signo negativo con las variables **salud percibida (-.09)**.

Funcionamiento cognitivo

Se han encontrada asociaciones positivas entre las medidas de funcionamiento intelectual y las siguientes:

- Funcionamiento cognitivo: “**dígitos**” y “**dígitos símbolo**” ambas variables correlacionan entre sí (**.44**) y con **AVLT** (Aprendizaje diferido) (**.25** con dígitos inverso y **.44** con dígitos símbolo) ($p < 0.01$), **AVLT** (ganancia) (**.09** con dígitos inverso y **.17** con dígitos símbolo) ($p < 0,05$), **MMSE** (**.41** con dígitos inverso y **.47** con dígitos símbolo) ($p < 0,01$).
- Funcionamiento Físico: Se han encontrado correlaciones con un nivel de probabilidad menor o igual al 0.01 con las variables **percepción de salud** (**.14** con dígitos inverso y **.22** con dígitos símbolo), “**fitness**” (**.14** con dígitos inverso y **.15** con dígitos símbolo), **equilibrio estático** (**.18** con dígitos inverso y **.28** con dígitos símbolo), **dinámico (marcha)** (**.17** con dígitos inverso y **.25** con dígitos símbolo), **fuerza** (**.27** con dígitos inverso y **.25** con dígitos símbolo), **tapping** (**.17** con dígitos inverso y **.35** con dígitos símbolo), **peak flow** (**.23** con dígitos inverso y **.34** con dígitos símbolo).
- Funcionamiento emocional: a un nivel de significación del 0,01 se destaca las correlaciones negativas con las siguientes variables: **afecto positivo** (**.16**), **auto-eficacia para envejecer**, **neuroticismo** (**-.09** con dígitos inverso y **-.18** con dígitos símbolo) y **resiliencia** (**-.14** con dígitos inverso y **-.10** con dígitos símbolo) (ésta última con signo negativo). Lo que significa que, a mayor rendimiento cognitivo, menor puntuación en Neuroticismo y menor percepción de afectación de problemas graves.

Por otra parte las correlaciones entre las variables recogidas del test AVLT (en lo referido a la variable que operativiza el “Aprendizaje verbal

diferido”) se destacan las siguientes también organizadas también en variables cognitivas, emocionales y de funcionamiento físico y sociodemográficas:

- Funcionamiento físico: a un nivel de probabilidad de 0.01 correlaciona con las variables; **equilibrio estático (.20)**, **tapping (.14)**. A un nivel de significación del 0,05 con las variables **equilibrio dinámico-marcha (.10)**, **peak flow (.10)**. También correlaciona **percepción de “fitness”**: se ha encontrado una correlación positiva (de **.12**) con esta variable ($p < 0,01$).
- Funcionamiento cognitivo: Correlaciona a un nivel de significación del 0,01 con las variables **dígitos inversos (.25)**, **dígitos símbolo (.44)** y **MMSE (.29)**.
- Funcionamiento emocional: **afecto positivo (.19)** ($p < 0.01$)
- Sociodemográficos: Se destacan también las correlaciones ($p < 0.01$) con la variable **años de educación (.29)** y a un nivel de probabilidad 0.05 con la variable **actividad física (.11)**.

La variable **AVTL**- “ganancia” (es decir, aprendizaje) muestra correlaciones en la misma línea que la variable **AVLT** (aprendizaje verbal diferido) con el resto de variables de corte cognitivo y también se repiten aquellas relativas a **años de educación (.10)** y **actividad física (.09)** (ambas a un nivel de probabilidad menor 0.05). No obstante ésta variable no muestra correlaciones con variables emocionales y de funcionamiento físico (a excepción de la variable **equilibrio dinámico (marcha) (.10)** con un nivel de probabilidad menor o igual que 0,05).

Por último la variable **MMSE**, muestra correlaciones del mismo carácter que el resto de variables cognitivas, ya mencionadas.

En resumen, se contrasta una vez más la alta asociación entre distintas medidas de funcionamiento cognitivo (como se ha visto en el análisis factorial) y, también, la asociación entre el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento físico (medido tanto con pruebas objetivas (pick flor y tapping) como subjetivas lo cual es bien conocido y ha aparecido en otros estudios (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger et al., 2004).

Satisfacción

Con respecto a la Satisfacción (“¿Teniendo en cuenta lo bueno y lo malo, en qué medida se siente satisfecho con su vida?” (**pregunta 1-p1**) y “Percepción de satisfacción con respecto a hace 5 años” (**pregunta 2- p2**)) ambos ítems correlacionan de forma positiva y significativa ($p < 0,01$). Así mismo se resaltan las correlaciones más significativas por grupos de variables:

- **Salud**: **Salud percibida (p1 .34/ p2 .30) y percepción de fitness (p1 .24/ p2 .21)** se ha encontrado, en ambos casos, correlaciones positivas a un nivel de significación del ,01.
- **Estilos de vida**: correlación positiva con **nivel de actividad física (p1 .15)** ($p < 0,01$)
- **Personalidad**: se ha encontrado una correlación de signo negativo con **neuroticismo (p1 -.40/ p2 -.24)** ($p < 0,01$) y positivo con **extraversión (p1 .20/ p2 .14)**, **cordialidad (p1 .14)**, **responsabilidad y apertura (p2 .09) (p1 .13)** ($p < 0,01$).
- **Auto-eficacia**: **Auto-eficacia emotiva negativa (p1 .13) y positiva (p1 .13/ p2 .13)** (con signos inversos) y **auto-eficacia para envejecer (p1 .26/ p2 .14)** ($p < 0,01$).
- **Control**: **Percepción de control**: correlación de valencia positiva con Auto-eficacia (**p1 -.15**) ($p < 0,01$) y negativa con percepción de control (esta variable está operativizada de modo que a menor puntuación mayor percepción de control) ($p < 0,05$).
- **Resiliencia**. **Percepción en la superación de conflictos**: correlación positiva (**p1 .24**) a un nivel de $p < 0,01$
- **Relaciones sociales**: **red familiar (p1 .22/ p2 .16)**, **red de amigos (p1 .11)**, **recibir ayuda (p1 .15)**, **satisfacción con las personas con las que vive (p1 .34/ p2 .14)** (todas ellas correlaciones significativas a niveles de $p < 0,01$).

En resumen, se observan datos muy coherentes, podemos concluir que la satisfacción (en sus distintas medidas) está asociada significativamente con la salud, con el funcionamiento emocional (Auto-eficacia, percepción de control, entre otras) y con las relaciones interpersonales.

Afecto

Lo que se ha considerado **afecto positivo** (evaluado por adjetivos positivos del PANAS) está relacionado significativamente con las siguientes medidas:

- **Salud.** Se han encontrado correlaciones de signo positivo con **percepción de salud (.15) y percepción de fitness (.23)** ($p < 0.01$)
- **Funcionamiento físico:** correlaciona con **equilibrio dinámico-marcha (.16) y tapping (mano derecha)** ($p < 0.01$), **equilibrio estático, tapping (mano izquierda) (.13), peak flow (.10)** (las dos $p < 0,01$).
- **Funcionamiento cognitivo:** Se obtienen correlaciones significativas y positivas con **dígitos (.16), dígitos símbolo (.24) y aprendizaje diferido (AVLT) (.19)** (todas ellas a un nivel de probabilidad del 0,01).
- **Funcionamiento emocional:** Es significativa la correlación con **afecto negativo (.54)** lo que refleja la complementariedad entre ambas variables ($p < 0,01$), con **auto-eficacia emotiva positiva (.25)** ($p < 0,01$) y **negativa (.11)** ($p < 0,05$).
- **Satisfacción con la vida:** El afecto positiva está asociado con la satisfacción con los dos ítems que miden este aspecto (**p1 .11/ p2 .11**) ($p < 0,05$).
- **Personalidad:** correlaciona con **extraversión (.30), apertura (.25), y responsabilidad (.17)** (las tres variables correlacionan de forma positiva) ($p < 0,01$).
- **Resiliencia. Percepción en la superación de problemas y conflictos:** correlación positiva (**.16**) a un nivel de $p < 0,01$
- **Auto-eficacia y control:** Se han encontrado correlaciones positivas con **auto-eficacia (.17)** ($p < 0,01$) y negativa con **percepción de control (-.10)** (esta variable está operativizada de modo que a menor puntuación mayor percepción de control) ($p < 0,05$).
- **Relaciones interpersonales.** Se han encontrado correlaciones positivas y significativas con **empatía interpersonal (.18) y conducta pro-social (.13)** ($p < 0,01$). Así mismo se ha encontrado una correlación de signo negativo con **recibir ayuda (-.11)** y positivo con **dar ayuda (.11)** (ambas $p < 0,05$).

En resumen, la emocionalidad positiva esta asociada a un amplio entramado de condiciones en las que está presente la salud física y estado físico, el funcionamiento cognitivo, de personalidad y las variables psicosociales.

Por su parte, el **afecto negativo**, además de la correlación que muestra con el afecto positivo se resaltan las siguientes correlaciones significativas (a niveles de probabilidad entre 0,01 y 0,05) organizadas por tipos de variables:

- Actividades productivas **(.10)** ($p < 0,05$)
- Auto-eficacia emotiva positiva **(.14)** ($p < 0,01$)
- Resiliencia **(.17)** ($p < 0,01$)
- Satisfacción con las personas con las que vive (con esta variable muestra una correlación negativa - **-.16**) ($p < 0,01$)
- Conducta pro-social y dar ayuda (ambas correlaciones son positivas, **.13** y **.16** respectivamente a $p < 0,01$)
- Personalidad: **neuroticismo (.39)**, **extraversión (.12)**, **apertura (.16)**, **responsabilidad (.15)** (todas ellas con signo positivo y con un nivel de $p < 0,01$)
- Religiosidad **(.11)** ($p < 0,05$)
- Hábitos: **hábito de consumo (-.11)** y **percepción de bebida (-.10)** (correlación de signo negativo, $p < 0,05$)
- Funcionamiento físico: **tapping (-.09)**, **fuerza (-.15)** (correlación de signo negativo. $p < 0,05$).

Hay que destacar que el carácter y el número de las correlaciones de la variable afecto positivo y negativo son claramente distintas. La variable afecto positivo presenta un mayor número y variabilidad de correlaciones con respecto a la variable y afecto negativo.

En resumen, conviene destacar que las diferencias más notables, desde el punto de vista cualitativo, estriban en que el afecto positivo correlaciona con variables relativas a rendimiento cognitivo, funcionamiento físico, satisfacción con la vida, percepción de salud y “fitness”. Por el contrario el afecto negativo muestra correlaciones con las actividades productivas realizadas, resiliencia,

religiosidad y hábitos de bebida (todas ellas de signo positivo) y con satisfacción con las personas con las que vive (de carácter negativo).

Auto-eficacia emotiva positiva y negativa:

Tanto la auto-eficacia positiva y negativa correlacionan positivamente con las siguientes variables:

- Funcionamiento físico: **fuerza (con autoeficacia positiva .14)**, $p < 0,01$) y **equilibrio estático (.09 para ambas variables)** ($0,05$)
- Percepción de control interno con **Auto-eficacia emotiva negativa (-.09)** ($p < 0,01$),.
- Satisfacción con la vida (en las dos modalidades de preguntas **con autoeficacia positiva presenta una correlación de .13**) ($p < 0,01$).
- Empatía interpersonal (**.20 con autoeficacia positiva y .31 con autoeficacia negativa**)
- Auto-eficacia para envejecer (**.17 con autoeficacia positiva y .22 con autoeficacia negativa**) ($p < 0,05$).
- Responsabilidad (**.09 con autoeficacia positiva y .11 con autoeficacia negativa**) ($p < 0,05$).
- Personalidad: **Neuroticismo** muestra correlaciones de valencia negativa (**-.20 con autoeficacia positiva**), **extroversión (.25 con autoeficacia positiva)** y **apertura (.19 con autoeficacia positiva y .16 con autoeficacia negativa)** ($p < 0,01$)
- Percepción de fitness muestra correlaciones de valencia positiva: (**.11 con autoeficacia positiva y .14 con autoeficacia negativa**). ($p < 0,05$ y $0,01$ respectivamente),
- Conducta pro-social (**.18 con autoeficacia negativa**) $p < 0,01$).

En resumen, la auto-eficacia emocional está asociada al funcionamiento físico y emocional y a las relaciones interpersonales.

Empatía interpersonal

Se han producido asociaciones entre empatía interpersonal y los siguientes tipos de variables:

- Salud percibida (**.10**) ($p < 0,05$)

- Funcionamiento cognitivo: dígitos inversos (.11) y símbolo (.10) ($p < 0,05$)
- Satisfacción con respecto a 5 años atrás (.14) ($p < 0,01$)
- Afecto positivo (.18) ($p < 0,01$)
- Auto-eficacia emotiva positiva y negativa (.31 con autoeficacia positiva y .20 con autoeficacia negativa). ($p < 0,01$)
- Auto-eficacia para envejecer (.18) ($p < 0,01$)
- Resiliencia (Percepción en la superación de conflictos, .10) ($p < 0,05$)
- Personalidad: apertura (.16) y cordialidad (.12) ($p < 0,01$), responsabilidad (.11) ($p < 0,05$)
- Satisfacción con las personas con las que vive (.15) ($p < 0,01$)
- Conducta prosocial (.24) ($p < 0,01$)
- Dar ayuda (.09) ($p < 0,01$)

En resumen, como era esperable, la empatía interpersonal tiene una fuerte relación con las relaciones sociales (satisfacción con las personas con las que vive, conducta prosocial y dar ayuda) y con el sentido de la auto-eficacia.

Afectación por situaciones conflictivas

Esta variable se ha operativizado graduando el nivel de afectación de situaciones difíciles pasadas vividas. Las correlaciones más significativas son las siguientes:

- Funcionamiento físico: muestra correlaciones negativas con **fuerza (-.24) y peak flow (-.13)** ($p < 0,01$).
- Funcionamiento cognitivo: Muestra correlaciones de valencia negativa con las variables **dígitos inversos (-.14)** ($p < 0,01$) y **dígitos símbolo (-.10)** ($p < 0,01$).
- Afecto negativo (.17) ($p < 0,01$)
- Satisfacción con las personas que vive (correlación negativa **-.14** a un nivel de probabilidad menor o igual a 0,01)
- Personalidad: correlación positiva **Neuroticismo (.15)** ($p < 0,01$)
- Control, muestra una correlación positiva de **.12** a un nivel de probabilidad menor o igual a 0,05. En este caso la interpretación de la

correlación significa que a mayor percepción de afectación por la ocurrencia de situaciones conflictivas menor control interno.

- Religiosidad: correlación positiva **(.16)** ($p < 0,01$)

En resumen, aparece una asociación de la afectación de situaciones conflictivas vividas negativa con diversidad de variables relativas salud emocional, y funcionamiento cognitivo y físico.

Relaciones sociales

De la variable Red familiar se destacan las siguientes correlaciones, organizadas una vez por tipología de variables:

- Satisfacción: en las dos modalidades de preguntas presenta correlaciones positivas (**p1, .22 y p2, .16**) ($p < 0,01$).
- Satisfacción con las personas con las que vive: correlación positiva de **.13** ($p < 0,01$).
- Red de amigos: correlación positiva de **.17** ($p < 0,01$).
- Recibir y dar ayuda: ambas variables muestran correlaciones positivas, **(.26 y .09 respectivamente)** Niveles de significación de 0,01 y 0,05 respectivamente.
- Personalidad: correlación negativa con **neuroticismo (-.12)** ($p < 0,01$) y correlación positiva con **extroversión (.10) y cordialidad (.10)** (ambas con $p < 0,05$)
- Auto-eficacia para envejecer: correlación positiva de **.10** ($p < 0,05$)
- Funcionamiento físico: correlaciones positivas con **fuerza (.09) y tapping (.10)** ($p < 0,05$).
- Red de amigos. correlaciones positivas con **red familiar (.17)** (como más arriba se ha expuesto) y con **satisfacción** (grado de satisfacción teniendo en cuenta lo bueno y lo malo) **(.11)** y **extroversión (.11)** (con estas dos variables las correlaciones muestran un grado de $p < 0,05$).

En resumen, las relaciones sociales forman un conglomerado social aunque también aparecen asociaciones al funcionamiento físico y de la personalidad.

Recibir y dar ayuda

Por lo que se refiere a la variable “recibir ayuda” aparecen las siguientes relaciones entre variables:

- Satisfacción: correlación positiva (**p1, .15**) ($p < 0,01$)
- Satisfacción con las personas que vive: correlación positiva (**.23**) ($p < 0,01$)
- Afecto positivo: correlación negativa (**-.11**) ($p < 0,05$)
- Red familiar: correlación positiva (**.26**) ($p < 0,01$)
- Dar ayuda: correlación positiva (**.27**) ($p < 0,01$)
- Personalidad: se han encontrado correlaciones positivas con **cordialidad (.21)** ($p < 0,01$), **responsabilidad (.11)** ($p < 0,05$)
- Auto-eficacia para envejecer: correlación positiva (**.09**) ($p < 0,05$)

Por lo que se refiere a e “dar ayuda” presenta análogas correlaciones con respecto a las encontradas con la variable “recibir ayuda”. No obstante a éstas hay que sumarlas otras relativas a otros diversos tipos de variables. Se resaltan las más significativas:

- Actividades productivas: correlación positiva (**.15**) ($p < 0,01$)
- Funcionamiento cognitivo: **AVLT (Aprendizaje verbal diferido)** muestra una correlación positiva de **.12** ($p < 0,01$). Con **dígitos inverso (.11)** y **MMSE (.09)** muestra una correlación positiva ($p < 0,05$)
- Afecto negativo y positivo: muestra correlaciones positivas de **.16** y **.11** con niveles de $p < 0,01$ y $0,05$ respectivamente.
- Recibir ayuda: correlación positiva (**.27**) ($p < 0,01$)
- Conducta prosocial: correlación positiva (**.29**) ($p < 0,01$)
- Personalidad: **extroversión (.18)** , **apertura (.19)**, **responsabilidad (.18)** (las tres variables con una $p < 0,01$), **cordialidad (.09)** ($p < 0,05$)
- Auto-eficacia emotiva positiva: correlación positiva ($p < 0,05$)
- Empatía interpersonal: correlación positiva de **.09** ($p < 0,05$)
- Red familiar: correlación positiva de **.09** ($p < 0,05$)
- Salud percibida y percepción de fitness: muestra correlaciones positivas de **.09** y **.10** respectivamente ($p < 0,01$)

- Percepción en la superación de conflictos: correlación positiva de **.09** ($p < 0,05$)
- Control interno: correlación negativa de **-.09** (en este caso la interpretación de la correlación significa que a mayor percepción de afectación – menor control interno) ($p < 0,05$)
- Auto-eficacia para envejecer: correlación positiva de **.09** ($p < 0,05$)
- Funcionamiento físico: muestra correlaciones positivas con las variables **equilibrio estático (.09)** y **peak flow (.10)** ($p < 0,05$)

En conclusión, podemos observar que la variable “dar ayuda” implica un mayor grado de salud física con respecto a la variable “recibir ayuda” operativizado directamente en las variables relativas a funcionamiento físico e indirectamente en salud y fitness percibida y nivel de realización de actividades productivas.

Conducta prosocial

La conducta prosocial está asociada a las variables siguientes:

- Afecto positivo: correlación positiva de **.13** ($p < 0,01$)
- Afecto negativo: correlación negativa de **.13** ($p < 0,01$)
- Auto-eficacia emotiva positiva: correlación positiva de **.18** ($p < 0,01$)
- Empatía interpersonal: correlación positiva de **.24** ($p < 0,01$)
- Dar ayuda: correlación positiva de **.29** ($p < 0,01$)
- Personalidad: se han encontrado correlaciones positivas con las variables **extroversión (.27)**, **apertura (.18)**, **cordialidad (.16)** y **responsabilidad (.30)** (todas ellas $p < 0,01$)
- Auto-eficacia para envejecer: correlación positiva de **.16** ($p < 0,01$)
- Hábitos de bebida: se ha encontrado una correlación negativa de **-.12** ($p < 0,01$)

En resumen, las asociaciones observadas entre la conducta pro-social con la variable “dar ayuda” y con “empatía interpersonal” así como con otras variables de personalidad y con auto-eficacia para envejecer.

Personalidad

Vamos a examinar los distintos factores de personalidad en asociación con otras variables. La variable **neuroticismo** muestra correlaciones con una amplia variedad de variables:

- Funcionamiento cognitivo: muestra correlaciones negativas con **dígitos símbolo (-.18)** y **dígitos inverso (.09)** ($p < 0,01$ y $0,05$ respectivamente). También se ha encontrado una correlación negativa con **MMSE (-.12)** ($p < 0,01$)
- Satisfacción: en las dos variables que la conforman muestra correlaciones negativas (**p1, -.40** y **p2, -.24**) ($p < 0,01$)
- Actividades: muestra una correlación positiva con **actividades productivas (.09)** y negativa con realización de **actividades de ocio (-.10)** (ambas a un nivel de $p < 0,05$)
- Afecto negativo: correlación positiva (**.39**) ($p < 0,01$)
- Auto-eficacia emotiva negativa y positiva: con ambas variables muestra correlaciones negativas de **-.20** y **-.09** ($p < 0,01$ y $0,05$ respectivamente)
- Resiliencia: correlación positiva de **.15** ($p < 0,01$)
- Satisfecho con las personas con las que vive: correlación negativa de **-.27** ($p < 0,01$)
- Red familiar: correlación negativa de **-.12** ($p < 0,01$)
- Personalidad: muestra correlaciones negativas con **extroversión (-.27)**, **cordialidad (-.16)** y **responsabilidad (-.19)** (en todas ellas con un $p < 0,01$)
- Salud percibida y percepción de fitness: con ambas variables muestra correlaciones negativas de **-.30** y **-.25** respectivamente ($p < 0,01$)
- Percepción de superación de situaciones conflictivas: correlación negativa de **-.29** ($p < 0,01$)
- Auto-eficacia para envejecer: correlación negativa de **-.32** ($p < 0,01$)
- Aceptación de la jubilación: correlación negativa de **-.27** ($p < 0,01$)
- Años de educación: correlación negativa de **-.12** ($p < 0,05$)
- Religiosidad: correlación positiva de **.13** ($p < 0,01$)

- **Funcionamiento físico:** correlaciones negativas con las variables **fuerza (-.13), tapping (-.19), peak flow (-.16), equilibrio estático (-.12) y dinámico (marcha) (-.23)** (todas ellas con una $p < 0,01$) y **equilibrio dinámico (girar) (-.12)** ($p < 0,05$)

En resumen, **neuroticismo** presenta correlaciones con prácticamente todos los grupos de variables. Se enfatiza que en todos los casos los datos son coherentes y muestran una clara relación negativa entre neuroticismo y con variables psicológicas relativas a ajuste emocional. Es interesante observar la correlación negativa con actividad productiva, lo que denota, junto con las relaciones encontradas en esta última variable el peso negativo de la misma en el ajuste psicológico. Tal vez relacionado con percepción de carga, dado el carácter de las mismas. Se observa también una clara carga negativa del neuroticismo en el funcionamiento físico, dada la tipología de relaciones encontradas también en este sentido.

Por lo que se refiere a la **extraversión**, ésta correlaciona con:

- **Satisfacción:** con ambas variables muestra correlaciones positivas (**p1, .20 y p2, .14**) ($p < 0,01$)
- **Afecto positivo y negativo:** con ambas variables muestra correlaciones positivas de **.30 y .12** respectivamente ($p < 0,01$)
- **Auto-eficacia emotiva positiva:** correlación positiva de **.25** ($p < 0,01$)
- **Tamaño de la red familiar y de amigos:** con ambas variables muestra correlaciones positivas de **.10 y .11** ($p < 0,05$)
- **Dar ayuda:** correlación positiva de **.18** ($p < 0,01$)
- **Conducta prosocial:** correlación positiva de **.27** ($p < 0,01$)
- **Personalidad:** correlación negativa con **neuroticismo (-.27)** ($p < 0,01$) y positivas con **apertura (.28), cordialidad (.18) y responsabilidad (.24)** ($p < 0,01$)
- **Percepción de salud y percepción de fitness:** con ambas variables muestra correlaciones positivas de **.23 y .26** ($p < 0,01$)
- **Percepción de superación de situaciones conflictivas:** correlación positiva de **.26** ($p < 0,01$)

- **Actividad física:** correlación positiva de **.12** ($p < 0,01$)
- **Hábito de bebida:** correlación positiva de **.12** ($p < 0,01$)
- Funcionamiento físico: **equilibrio dinámico (marcha) (.11)** ($p < 0,05$)
- **Control percibido:** correlación negativa de **-.09** (en este caso la interpretación de la correlación significa que a mayor percepción de afectación – menor control interno) ($p < 0,05$)
- **Auto-eficacia para envejecer:** correlación positiva de **.23** ($p < 0,01$)

Al contrario que la variable neuroticismo, la variable extraversión correlaciona con signo positivo con diversidad de variables representativas de un adecuado ajuste emocional y social.

La variable **apertura** muestra las siguientes correlaciones:

- Funcionamiento cognitivo: muestra correlaciones positivas con **dígitos símbolo (.24)** y **dígitos inverso (.23)** ($p < 0,01$). Con las variables resultantes del test **AVLT** (aprendizaje diferido con **.23** y ganancia de aprendizaje con **.11**) ($p < 0,01$ y $0,05$ respectivamente). Con **MMSE** arroja también una correlación positiva de **.10** ($p < 0,05$)
- **Satisfacción:** presenta correlaciones de signo positivo con ambas modalidades de preguntas (teniendo en cuenta lo bueno y lo malo expresar grado de satisfacción con **.09** y grado de satisfacción con respecto a hace 5 años con **.12**) ($p < 0,05$ y $0,01$ respectivamente)
- **Afecto positivo y negativo:** con ambas variables muestra correlaciones positivas de **.25** y **.16** ($p < 0,01$)
- **Auto-eficacia emotiva positiva:** correlación positiva de **.19** ($p < 0,01$)
- **Empatía interpersonal:** correlación positiva de **.16** ($p < 0,01$)
- **Dar ayuda:** correlación positiva de **.19** ($p < 0,01$)
- **Conducta prosocial:** correlación positiva de **.18** ($p < 0,01$)
- **Personalidad:** correlaciones positivas con **extroversión (.28)** ($p < 0,01$), **responsabilidad (.11)** ($p < 0,05$).
- **Percepción de salud y percepción de fitness:** con ambas variables muestra correlaciones positivas de **.17** ($p < 0,01$)
- **Superación de situaciones conflictivas:** correlación positiva de **.16** ($p < 0,01$)
- **Actividad física:** correlación positiva de **.12** ($p < 0,05$)

- **Percepción de bebida:** correlación positiva de **.13** ($p < 0,01$)
- **Funcionamiento físico:** correlaciones positivas con **equilibrio estático (.10)** , **peak flow (.10)** ($p < 0,05$)
- **Auto-eficacia para envejecer:** correlación positiva de **.16** ($p < 0,01$)
- **Años de educación:** correlación positiva de **.29** ($p < 0,01$)

En resumen, la apertura se relaciona con variables que reflejan ajuste socio-emocional (satisfacción, Auto-eficacia emotiva positiva, superación de conflictos, Auto-eficacia para envejecer, empatía interpersonal, dar ayuda, conducta prosocial), adecuado funcionamiento cognitivo y físico y actividad física.

De la variable de personalidad **cordialidad** se enfatizan las siguientes correlaciones:

- **Satisfacción:** correlación positiva de **.14** con la pregunta “grado de satisfacción con la vida teniendo en cuenta lo bueno y lo malo” ($p < 0,01$).
- **Afecto positivo y negativo:** muestra correlaciones negativas con ambas variables de **-.19** y **-.09** ($p < 0,01$ y $0,05$ respectivamente)
- **Auto-eficacia emotiva positiva:** correlación positiva de **.10** ($p < 0,05$)
- **Empatía interpersonal:** correlación positiva de **.12** ($p < 0,01$)
- **Tamaño de la red familiar:** correlación positiva de **.10** ($p < 0,05$)
- **Recibir y dar ayuda:** muestra correlaciones positivas con ambas variables de **.21** y **.09** ($p < 0,05$ y $0,01$ respectivamente)
- Personalidad: correlación negativa con **neuroticismo (-.16)** ($p < 0,01$), y positiva con **extroversión (.18)** y **responsabilidad (.19)** ($p < 0,01$)
- **Superación de las situaciones conflictivas:** correlación positiva de **.09** ($p < 0,01$)
- Funcionamiento físico: muestra correlaciones negativas con las variables **equilibrio estático (-.14)** , **fuerza (-.12)** , y **tapping (-.16)**, ($p < 0,01$), **equilibrio dinámico (-.11)** ($p < 0,05$)
- **Religiosidad:** correlación positiva de **.11** ($p < 0,05$)

En resumen, la cordialidad covaría con otras muchas condiciones representativas del ajuste emocional y funcionamiento físico, entre otras. En este caso se resalta la tremenda interrelación que esta variable de

personalidad presenta con otras relacionadas con el tamaño de la red social y el carácter de las mismas.

La **responsabilidad** aparece asociada las siguientes características:

- **Satisfacción**: correlación positiva de **.13** con la pregunta “grado de satisfacción con la vida teniendo en cuenta lo bueno y lo malo” ($p < 0,01$).
- **Afecto positivo y negativo**: muestra correlaciones positivas con ambas variables de **.17** y **.15** ($p < 0,01$)
- **Auto-eficacia emotiva positiva y negativa**: muestra correlaciones positivas con ambas variables de **.11** y **.09** ($p < 0,05$)
- **Empatía interpersonal**: correlación positiva de **.11** ($p < 0,05$)
- **Recibir y dar ayuda**: muestra correlaciones positivas con ambas variables de **.11** y **.18** ($p < 0,05$ y $0,01$ respectivamente)
- **Conducta pro-social**: correlación positiva de **.30** ($p < 0,01$)
- Personalidad: muestra una correlación negativa con **neuroticismo** de **-.19** ($p < 0,01$), positiva con **extroversión (.24)** y **cordialidad (.19)** (ambas $p < 0,01$) y apertura ($p < 0,05$)
- **Percepción de salud y percepción de fitness**: muestra correlaciones positivas con ambas variables de **.16** ($p < 0,01$)
- **Superación de situaciones conflictivas**: correlación positiva de **.16** ($p < 0,01$)
- **Alimentación**: correlación positiva de **.10** ($p < 0,05$)
- Funcionamiento físico: se han encontrado correlaciones positivas con **Equilibrio estático (.13)**, **fuerza (.14)** (ambas $p < 0,01$) **equilibrio dinámico (.11)**, **peak flow (.11)** (ambas $p < 0,05$)
- **Percepción de control**: correlación negativa de **-.14** (en este caso la interpretación de la correlación significa que a mayor percepción de afectación – menor control interno) ($p < 0,01$)
- **Auto-eficacia para envejecer**: correlación positiva de **.25** ($p < 0,01$)

En resumen, la responsabilidad tiene una relación positiva con auto-eficacia y control interno (Auto-eficacia emotiva positiva y negativa, percepción en la superación de conflictos, Auto-eficacia para envejecer y percepción de control). Así mismo con las variables representativas de forma directa o

indirecta con relaciones de ayuda (empatía interpersonal, dar y recibir ayuda, conducta prosocial).

Salud percibida

La salud auto-informada está asociada con las siguientes variables:

- **Actividades productivas:** se ha encontrado una correlación negativa de **-.09** con esta variable ($p < 0,05$)
- **Funcionamiento cognitivo:** correlaciones positivas con la variable **dígitos símbolo (.22) e inverso (.14)** ($p < 0,01$). Con **MMSE** también se ha encontrado una correlación positiva de **.20** ($p < 0,01$)
- **Satisfacción con la vida:** con ambas variables se han encontrado correlaciones positivas de **.34** y **.30** ($p < 0,01$)
- **Afecto positivo:** correlación positiva de **.15** ($p < 0,01$)
- **Auto-eficacia emotiva positiva:** correlación positiva de **.15** ($p < 0,01$)
- **Empatía interpersonal:** correlación positiva de **.10** ($p < 0,05$)
- **Dar ayuda:** correlación positiva de **.09** ($p < 0,05$)
- **Personalidad:** muestra una correlación negativa con **neuroticismo (-.30)** ($p < 0,01$) y positiva con **extroversión (.23), apertura (.17) y responsabilidad (.17)** ($p < 0,01$)
- **Percepción de fitness:** correlación positiva de **.61** ($p < 0,01$)
- **Percepción de superación de situaciones conflictivas:** correlación positiva de **.26** ($p < 0,01$)
- **Nivel de audición:** correlación positiva de **.14** ($p < 0,01$)
- **Actividad física:** correlación positiva de **.16** ($p < 0,01$)
- **Hábito de bebida y percepción de bebida:** correlaciones positivas de **.20** y **.15** respectivamente ($p < 0,01$)
- **Funcionamiento físico:** correlación positiva con **equilibrio estático (.11) y tapping (mano derecha) (.12)** ($p < 0,05$), **equilibrio dinámico (.29), fuerza (.20), tapping (mano izquierda) (.14), peak flow (.20)** ($p < 0,01$)
- **Control percibido:** correlación negativa de **-.12** (en este caso la interpretación de la correlación significa que a mayor percepción de afectación – menor control interno) ($p < 0,01$)
- **Auto-eficacia para envejecer:** correlación positiva de **.29** ($p < 0,01$)

- **Aceptación de la jubilación:** correlación positiva de **.19** ($p < 0,01$)
- **Religiosidad:** correlación negativa de **-.12** ($p < 0,01$)

La salud percibida muestra diversidad de correlaciones con todos los tipos de variables evaluados en este estudio. Esta relaciona con variables psicológicas, tanto en lo relativo a ajuste emocional como funcionamiento cognitivo, actividad y funcionamiento físico. Todas las correlaciones presentan un signo positivo con excepción de actividad productiva. Como más arriba se ha señalado, en otros epígrafes esta variable parece reflejar experiencias de sobrecarga o experiencia emocional negativa.

Percepción de Fitness

La impresión subjetiva de competencia se ve asociada las siguientes variables:

- Funcionamiento cognitivo: correlaciones positivas con dígitos símbolo (**.15**), **dígitos inversos (.14)**, **AVLT (aprendizaje diferido) (.12)** ($p < 0,01$). **MMSE (.20)** ($p < 0,01$)
- Satisfacción: ambas variables (**p1, .24 / p2, .21**) ($p < 0,01$)
- Afecto positivo: correlación positiva de **.23** ($p < 0,01$)
- Auto-eficacia emotiva negativa y positiva: correlaciones positivas de **.11** y **.14** ($p < 0,05$ y $0,01$ respectivamente)
- Dar ayuda: correlación positiva de **.10** ($p < 0,05$)
- Personalidad: correlación negativa con **neuroticismo (-.25)** ($p < 0,01$), positiva con **extroversión (.26)**, **apertura (.17)** y **responsabilidad (.21)** ($p < 0,01$)
- Percepción de salud: correlación positiva de **.61** ($p < 0,01$)
- Percepción de superación de situaciones conflictivas: correlación positiva de **.31** ($p < 0,01$)
- Audición: correlación positiva de **.11** ($p < 0,05$)
- Actividad física: correlación positiva de **.22** ($p < 0,01$)
- Hábito de bebida y percepción de bebida: correlaciones positivas de **.12** y **.11** ($p < 0,05$).
- Funcionamiento físico: correlaciones positivas con **equilibrio estático (.17)**, **dinámico (marcha) (.24)**, **fuerza de agarre (.16)**, **peak flow (.16)** ($p < 0,01$)

- Control percibido: correlación negativa de **-.10** (en este caso la interpretación de la correlación significa que a mayor percepción de afectación – menor control interno) ($p < 0,05$)
- Auto-eficacia para envejecer: correlación positiva de **.26** ($p < 0,01$)
- Aceptación de la jubilación: correlación positiva de **.17** ($p < 0,01$)
- Religiosidad: correlación negativa de **-.10** ($p < 0,05$)

La percepción de fitness se relaciona de forma positiva con variables representativas de ajuste emocional y funcionamiento cognitivo, físico y actividad.

Resiliencia o percepción en la superación de conflictos:

La percepción de haber superado situaciones conflictivas o resiliencia se ve asociada a las siguientes variables:

- Satisfacción (satisfecho teniendo en cuenta lo bueno y lo malo, **.24**) ($p < 0,01$), con respecto a hace 5 años de **.11** ($p < 0,05$)
- Afecto positivo: correlación positiva de **.16** ($p < 0,01$)
- Empatía interpersonal: correlación positiva de **.10** ($p < 0,05$)
- Dar ayuda: correlación positiva de **.09** ($p < 0,05$)
- Personalidad: correlación negativa con **neuroticismo (-.29)** ($p < 0,01$), positivas con **extroversión (.26)**, **apertura (.16)**, **responsabilidad (.16)** (las tres $p < 0,01$) y **cordialidad (.09)** ($p < 0,05$)
- Percepción de salud y percepción de fitness: correlaciones positivas de **.26** y **.31** ($p < 0,01$)
- Funcionamiento físico: correlaciones positivas con **equilibrio estático (.09)** y **dinámico (marcha) (.10)**, **peak flow (.09)** ($p < 0,05$)
- Control percibido: correlación negativa de **-.20** (en este caso la interpretación de la correlación significa que a mayor percepción de afectación – menor control interno) ($p < 0,01$)
- Auto-eficacia para envejecer: correlación positiva de **.28** ($p < 0,01$)

La percepción de haber superado situaciones conflictivas (o resiliencia) se ve asociada al funcionamiento positivo, físico, cognitivo, emocional y psicosocial

Percepción del nivel de audición

La medida en la cual se percibe el nivel de audición está asociada a las siguientes variables:

- **Funcionamiento físico**: correlaciones positivas con **equilibrio estático (.14), dinámico (marcha) (.17) , tapping (.15)** ($p < 0,01$)
- **Percepción de salud y percepción de fitness**: con ambas variables presenta correlaciones positivas de **.14** y **.11** ($p < 0,01$ y $0,05$ respectivamente)
- **Funcionamiento intelectual**. A **dígito símbolo** correlación positiva de **.16** ($p < 0,01$)
- **Personalidad**: negativa con **neuroticismo (-.12)** ($p < 0,01$), positiva con **apertura (.14)** ($p < 0,01$) y **responsabilidad (.09)** ($p < 0,05$)
- **Percepción en la superación de conflictos**: correlación positiva de **.11** ($p < 0,05$)

La percepción del nivel de audición está asociada a variables objetivas relativas a funcionamiento cognitivo y físico y la percepción del estado de salud y funcionamiento físico.

Actividad física

Las asociaciones de la actividad física con las restantes variables son las siguientes:

- **Percepción de salud y percepción de fitness**: con ambas variables se han encontrado correlaciones positivas de **.16** y **.22** ($p < 0,01$)
- **Frecuencia de alimentación**: correlación positiva de **.11** ($p < 0,05$)
- **Medidas antropométricas**: correlación negativa con **peso (-.15)** ($p < 0,01$) y **masa corporal (-.12)** ($p < 0,01$)
- **Funcionamiento físico**: correlaciones positivas con **equilibrio estático (.21)** ($p < 0,01$), **equilibrio dinámico (marcha) (.11)**, **correlación con tasa cardiaca (-.13)** ($p < 0,01$)
- **Funcionamiento cognitivo**: correlación positiva con **AVLT** (Aprendizaje diferido y ganancia de **.11** y **.09**) (ambas $p < 0,05$).
- **Satisfacción** (teniendo en cuenta lo bueno y lo malo): correlación positiva de **.15** ($p < 0,01$)

- **Personalidad:** correlación positiva con **extroversión (.12)** ($p < 0,01$), **apertura (.12)** y **responsabilidad(.11)** ($p < 0,05$) a la salud,

En resumen, la actividad física está asociada a la salud, el funcionamiento físico, la alimentación así como al funcionamiento cognitivo y la satisfacción

Bebida

El hábito de bebida se ha operativizado a través del **análisis de frecuencia de consumo habitual, el consumo en la última semana y grado de percepción de bebida**. Estas tres variables muestran una fuerte correlación entre sí ($p < 0,01$) y por otra parte la tipología de correlaciones con el resto de variables muestra también coherencia. Se resaltan las más representativas:

- Actividades productivas. Las tres variables representativas del hábito de bebida muestran correlaciones negativas de con la variable actividades productivas de **-.17**, **-.12** y **-.15** respectivamente según el orden más arriba señalado ($p < 0,01$)
- Funcionamiento cognitivo. Las variables consumo de alcohol y percepción de bebida correlacionan de forma positiva con las variables relativas a funcionamiento cognitivo; **dígitos símbolo** (de **.22** con el hábito y **.20** respecto a la percepción de consumo) **e inverso** (de **.18** con el hábito y **.16** respecto a la percepción de consumo) ($p < 0,01$). Las tres variables representativas del consumo de alcohol correlacionan de forma positiva con **MMSE (.17, .11 y .14** respectivamente) ($P < 0,01$). Esto muestra, haciendo un análisis comparativo con otras correlaciones señaladas más arriba, que los sujetos que muestran mayor puntuación en hábitos de bebida, también son aquellos que arrojan puntuaciones más altas en funcionamiento físico, variable muy relacionada también con funcionamiento cognitivo.
- Funcionamiento emocional. Las variables frecuencia de consumo habitual y consumo en la última semana correlacionan de forma positiva con las dos variables de **satisfacción**. Con la variable frecuencia de consumo, ambas variables muestran una correlación de **.14** y **.18** respectivamente con un grado de $p < 0,01$. Con respecto a la variable consumo de alcohol en la última semana las correlaciones (de **.10** y **.09**)

se sitúan a un nivel de $p < 0,05$. Así también, el **afecto negativo** correlaciona negativamente con frecuencia de consumo de alcohol (**-.11**) y percepción de consumo (**-.10**) ($p < 0,05$)

- Personalidad: se resaltan las tres correlaciones negativas con la variable **neuroticismo** (**-.19, -.20 y -.13**) ($p < 0,01$)
- Percepción de salud: las tres variables representativas de consumo de alcohol muestran correlaciones positivas con percepción de salud de **.20, .13 y .15** ($p < 0,01$)
- Percepción de fitness: las tres variables representativas de consumo de alcohol muestran correlaciones positivas con percepción de salud ($p < 0,01$ para la variable frecuencia de consumo (**.12**) y **.10 y .11** ($p < 0,05$ para la restantes)
- Hábitos de alimentación: muestra correlaciones negativas con las tres variables representativas del consumo de alcohol de **-.10** ($p < 0,05$) para la percepción de bebida y **-.14 y -.17** para el resto ($p < 0,01$).
- Medidas antropométricas: las variables de consumo de alcohol muestran correlaciones positivas con talla (**.33, .31 y .18**) y peso (**.14 para hábito y .23 para consumo semanal**) ($p < 0,01$). Esto seguramente muestra como el consumo de alcohol está vinculado al sexo, que a su vez arroja los valores más altos en estas variables antropométricas.
- Funcionamiento físico: **fuerza (.36, .40 y .23), equilibrio dinámico-marcha (.17 para el hábito de consumo y .14 para la percepción de consumo) y tapping (.21 para el hábito de consumo y .15 para la percepción de consumo)** (se han encontrado correlaciones positivas con la variable frecuencia de consumo (a un nivel de sig de 0,01) en la mayoría de las correlaciones.
- Religiosidad: muestra correlaciones negativas con tres de las variables de consumo de alcohol **-.16, -.18 y -.20** ($p < 0,01$).

En resumen, el consumo de alcohol presenta correlaciones positivas con diversas variables que implican salud física, y buen funcionamiento físico, cognitivo y afectivo pueden estar reflejando que los sujetos más sanos, también son aquellos que no tienen restricciones de consumo en la bebida.

Alimentación

La alimentación se ve asociada a las siguientes variables:

- Actividades productivas: correlación positiva de **.10** ($p < 0,05$).
- Afecto positivo y negativo: correlaciones positivas ambas de **.14** ($p < 0,01$).
- Recibir ayuda: correlación positiva de **.15** ($p < 0,01$).
- Personalidad: correlación positiva con **responsabilidad** de **.10** ($p < 0,05$).
- Actividad física: correlación positiva de **.11** ($p < 0,05$).
- Hábitos de bebida: correlaciones negativas con las tres variables representativas del hábito de bebida (señaladas en el epígrafe anterior) ($p < 0,01$ en las dos variables de consumo con valores de **-.14** y **-.17**, $p < 0,05$ en la variable percepción de bebida con un valor de **-.10**).
- Ingresos mensuales: correlación positiva de **.11** ($p < 0,05$).

En resumen, la alimentación se relaciona con el nivel de actividad (operativizada como nivel de actividad productiva y actividad física), con el afecto positivo, con la responsabilidad y los paralelos hábitos de bebida.

Medidas antropométricas

Las medidas antropométricas son relativas a la evaluación de la **talla**, **peso**, **porcentaje de grasa corporal** y **masa corporal**. A continuación se presentan las correlaciones más significativas por grupos de variables:

- Fitness: Muestran correlaciones consistentemente altas con la variable percepción de fitness. En este sentido se destaca la correlación positiva con la medida antropométrica de **talla (.10)** ($p < 0,05$) y negativa con **peso (-.16)**, porcentaje de **grasa corporal (-.10)** y **masa corporal (-.26)** ($p < 0,01$).
- Actividad física: La variable **actividad física** arroja correlaciones negativas con las variables **peso (-.15)** y **masa corporal (-.12)** ($p < 0,01$).
- Funcionamiento físico: se han encontrado correlaciones negativas entre las variables antropométricas porcentaje de **grasa corporal** y **masa corporal** (por una parte) con las variables **equilibrio estático (-.28 y -.26)** ($p < 0,01$). Por el contrario la talla y las variables de equilibrio estático muestran correlaciones positivas **(.20)** ($p < 0,01$). En la misma línea se han encontrado correlaciones con la variable **equilibrio**

dinámico (.19 con talla, -.20 con porcentaje de grasa corporal y -.24 con masa corporal).

Por otra parte la variable **fuerza** correlaciona positivo con las variables **talla y peso (.61 y .35)** ($p < 0,01$) y una correlación negativa con porcentaje de grasa corporal ($p < 0,01$).

La variable **tapping** muestra correlaciones positivas con talla **(.21)** ($p < 0,01$)

Por último la variable **peak flow** muestra correlaciones positivas con **talla (.43)** y **peso (.21)** ($p < 0,01$) y negativas con **porcentaje de grasa corporal (-.27)** y **masa corporal (-.10)** ($p < 0,01$ y $0,05$ respectivamente).

En resumen, las medidas antropométricas están asociadas entre sí y con el funcionamiento físico y la actividad.

Funcionamiento físico

Las bio-conductuales y psicofisiológicas relativas a funcionamiento o rendimiento físico se han operativizado mediante pruebas de **equilibrio estático** (formas A y B relativas segundos de permanencia con un pie levantado y segundos de permanencia con el pie levantado y con los ojos cerrados), **equilibrio dinámico** (en las opciones de marcha y girar sobre uno mismo), **fuerza de agarre, presión arterial (sistólica y diastólica), tasa cardiaca, tapping test** (rapidez de golpeteo obtenido con la mano derecha e izquierda), **peak flow** (capacidad respiratoria).

En anteriores epígrafes se han señalado correlaciones de estas variables con el resto de las analizadas en el estudio. En este epígrafe resaltamos, tomando como referencia todas las medidas de funcionamiento físico, las más relevantes en función de tipos de variables:

- **Funcionamiento cognitivo:** se resaltan las correlaciones con la mayoría de las variables de funcionamiento físico (a excepción de la presión arterial y tasa cardiaca) con las variables **dígitos inverso (.18 con equilibrio estático, .17 con equilibrio dinámico, .27 con fuerza y .23 con tapping), dígitos símbolo (.28 con equilibrio estático, .25 con equilibrio dinámico, .25 con fuerza y .35 con tapping) y AVLT(aprendizaje verbal diferido) (.21 con equilibrio estático, .17 y .14 con tapping)y MMSE (.17 con equilibrio estático, .20 con equilibrio**

dinámico, .26 con fuerza y .15 con tapping). En todos los casos las correlaciones son de signo positivo y $p < 0,01$.

- Satisfacción: la variable de satisfacción operativizada con el ítem “grado de satisfacción teniendo en cuenta lo bueno y lo malo” correlaciona de forma positiva con las variables de funcionamiento físico **equilibrio dinámico (.17), fuerza (.13), tapping (.13) y peak flow (.13)**(todas ellas con una $p < 0,01$). Así mismo correlaciona positivo con **equilibrio estático (.11)** ($p < 0,05$)
- Percepción de salud: muestra correlaciones positivas con la mayoría de variables de funcionamiento físico; con **equilibrio estático (.12)** ($p < 0,05$), con **equilibrio dinámico (marcha) (.29), fuerza (.20), tapping (.14) y peak flow (.20)** (todas ellas con una $p < 0,01$)
- Percepción de fitness: esta variable también muestra correlaciones positivas con la mayoría de las variables relativas a funcionamiento físico; con **equilibrio estático (.17), equilibrio dinámico (marcha) (.24), fuerza (.16)** (todas con $p < 0,01$)

En resumen, existe una fuerte asociación entre el funcionamiento cognitivo y físico y con la salud y la percepción de fitness o competencia.

Control percibido

Esta variable, como ya se ha hecho alusión en los análisis con respecto a otras variables, muestra, en la mayoría de los casos una correlación negativa que hay que interpretar a la inversa ya que la operativización de la misma señala que a menor puntuación mayor percepción de control interno y a mayor puntuación mayor control externo. A continuación se señalan los siguientes las correlaciones más significativas:

- Percepción de salud y percepción de fitness: en ambos casos se han encontrado correlaciones negativas de **-.12** y **-.10** ($p < 0,01$ y $0,05$ respectivamente).
- Funcionamiento cognitivo: muestra correlaciones negativas con las variables **dígitos símbolo (-.16), dígitos inversos (-.14) y MMSE (-.17)** ($p < 0,01$)
- Satisfacción: (modalidad pregunta “grado de satisfacción teniendo en cuenta lo bueno y lo malo”): correlación negativa de **-.15** ($p < 0,01$)

- Afecto positivo: correlación negativa de **-.11** ($p < 0,05$)
- Auto-eficacia emotiva negativa: correlación negativa de **-.09** ($p < 0,05$)
- Satisfacción con las personas con las que vive: correlación negativa de **-.13** ($p < 0,01$)
- Dar ayuda: correlación negativa de **-.09** ($p < 0,05$)
- Personalidad: correlación positiva con **neuroticismo (.18)** ($p < 0,01$) y negativa con **responsabilidad (-.14)** ($p < 0,01$) y **extroversión (.09)** ($p < 0,05$)
- Percepción en la superación de conflictos: correlación negativa de **-.20** ($p < 0,01$)
- Auto-eficacia para envejecer: correlación negativa de **-.17** ($p < 0,01$)
- Ingresos mensuales: correlación negativa de **-.10** ($p < 0,05$)

En resumen, el control interno está asociado a un conjunto de variables desde el funcionamiento de la salud y físico al funcionamiento cognitivo, el afecto positivo y la satisfacción con la vida, la personalidad, la superación de conflictos y la auto-eficacia.

Auto-eficacia para envejecer

La auto-eficacia para envejecer está asociada a las siguientes variables::

- Percepción de salud y percepción de fitness: con ambas variables se han encontrado correlaciones positivas de **.29** y **.26** ($p < 0,01$).
- Funcionamiento físico: se han encontrado correlaciones positivas con **equilibrio estático (.10)**, **peak flow (.09)** y **fuerza (.11)** ($p < 0,05$). Por otra parte **equilibrio dinámico-marcha (.23)** y **tapping (.16)** (en ambas $p < 0,01$).
- Audición: correlación positiva de **.19** ($p < 0,01$).
- Actividad: correlación positiva con actividades de ocio de **.10** ($p < 0,05$).
- Funcionamiento cognitivo: correlaciones positivas con las variables **dígitos inversos (.13)**, **dígitos símbolo (.19)** y **MMSE (.14)** ($p < 0,01$).
- Satisfacción: se han encontrado correlaciones positivas de **.26** y **.14** con las dos variables operativizadas en satisfacción ($p < 0,01$).
- Afecto positivo: correlación positiva de **.17** ($p < 0,01$).

- Auto-eficacia emotiva negativa y positiva: con ambas variables se han encontrado correlaciones positivas de **.17** y **.22** respectivamente ($p < 0,01$).
- Empatía interpersonal: correlación positiva de **.18** ($p < 0,01$).
- Satisfacción con las personas con las que vive: correlación positiva de **.14** ($p < 0,01$).
- Red familiar: correlación positiva de **.10** ($p < 0,05$).
- Recibir y dar ayuda: correlaciones positivas ambas de **.09** ($p < 0,05$).
- Conducta pro-social: correlación positiva de **.16** ($p < 0,01$).
- Personalidad: se ha encontrado una correlación negativa con **neuroticismo (-.32)** ($p < 0,01$), positivas con **extroversión (.23)**, **apertura (.16)** y **responsabilidad (.25)** ($p < 0,01$).
- Percepción de superación de conflictos: correlación positiva de **.28** ($p < 0,01$).
- Control percibido: como se ha comentado más arriba también se ha encontrado una correlación negativa entre las variables control percibido y Auto-eficacia para envejecer de **-.17** ($p < 0,01$).

En este caso se observa como la variable Auto-eficacia para envejecer correlaciona con casi la totalidad de tipos de variables utilizadas en el estudio. Todo ello permite resaltar que tal percepción se relaciona con buen ajuste emocional y social y un adecuado funcionamiento cognitivo y físico. Todo ello representativo de la tremenda variabilidad de variables de las que depende un buen envejecimiento.

Características sociodemográficas

En los análisis correlacionales se han seleccionado aquellas variables que tienen un carácter continuo y por lo tanto son aptas para los mismos.

Años de educación

De esta variable destacamos las correlaciones más significativas:

- Actividades productivas: correlación negativa de **-.12** ($p < 0,01$)
- Funcionamiento cognitivo: se han encontrado correlaciones significativas en todas las variables relativas a este aspecto; **dígitos símbolo (.51)** e **inverso (.27)**, **AVTL** (aprendizaje verbal diferido) **(.29)** y **MMSE (.26)** (todas ellas con un nivel de $p < 0,01$). Así mismo se ha encontrado

una correlación positiva con $p < 0,05$ con la variable AVLT (ganancia) **(.10)**

- Satisfacción operativizada como “expresión del grado de satisfacción con respecto a hace 5 años” se correlaciona de forma positiva con años de educación **.14** ($p < 0,01$)
- Afecto positivo: correlación positiva de **.18** ($p < 0,01$)
- Auto-eficacia emotiva positiva: correlación positiva de **.11** ($p < 0,05$)
- Empatía interpersonal: correlación positiva de **.09** ($p < 0,05$)
- Tamaño de la red familiar: correlación negativa de **-.12** ($p < 0,05$)
- Recibir ayuda: correlación negativa de **-.15** ($p < 0,01$)
- Personalidad: correlaciones negativas con **neuroticismo (-.12)**, **extraversión (-.10)** ($p < 0,05$) y **cordialidad (-.30)** ($p < 0,01$). Por otra parte la variable **apertura** muestra una correlación positiva **(de .29)** ($p < 0,01$)
- Percepción de salud: correlación positiva de **.15** ($p < 0,01$)
- Medidas antropométricas: Porcentaje de **grasa corporal (-.14)** y **masa corporal (-.24)** ($p < 0,01$)
- Funcionamiento físico: correlaciones positivas con **equilibrio estático (.24)**, **equilibrio dinámico-marcha (.14)**, **tapping (.32)** y **peak flow (.17)** ($p < 0,01$), **equilibrio dinámico- girar (.10)**, **fuerza de agarre (.09)** ($p < 0,05$)
- Auto-eficacia para envejecer: correlación positiva de **.15** ($p < 0,01$)
- Ingresos mensuales: correlación positiva de **.31** ($p < 0,01$)

En resumen, los años de educación muestran asociaciones positivas con la salud y el funcionamiento físico, así como con el funcionamiento cognitivo, emocional y el control.

Ingresos mensuales:

Se han encontrado correlaciones significativas de los ingresos con las siguientes variables:

- Salud percibida: correlación positiva de **.10** ($p < 0,05$).
- Funcionamiento físico: correlaciones positivas con **equilibrio y fuerza ambas de .10** ($p < 0,05$)

- Funcionamiento cognitivo: correlaciones positivas con **dígitos símbolos (.17) y AVTL (aprendizaje verbal diferido) (.12)** ($p < 0.01$).
- Frecuencia de **alimentación**: correlación positiva de **.11** ($p < 0.05$).
- Porcentaje de **masa corporal**: correlación negativa de **-.16** ($p < 0,05$).
- Control percibido: correlación negativa de **.15** (variable operativizada a la inversa) ($p < 0,05$).
- Educación: correlación positiva con años de educación de **.31** ($p < 0,01$).

En resumen, en la misma línea que los años de educación se resaltan las correlaciones de los ingresos con el funcionamiento cognitivo y físico, hábitos, y estado físico (percepción de grasa corporal) y percepción de control y salud.

Aceptación de la jubilación

Las asociaciones significativas encontradas son las siguientes:

- Percepción de Salud y "fitness". Asociación positiva con percepción de salud **(.19)** y percepción de "fitness" **(.17)** ($p < 0,01$)
- Funcionamiento físico: correlación positiva con las variables de equilibrio estático de **.13** ($p < 0,05$).
- Funcionamiento cognitivo: dígitos inversos **(.12)** ($p < 0,05$) y dígitos símbolo **(.22)** ($p < 0,01$)
- Satisfacción (nivel de satisfacción teniendo en cuenta lo bueno y lo malo de **.18**; $p < 0,01$)
- Auto-eficacia emotiva positiva **(.13)** ($p < 0,05$)
- Satisfacción con otros. Satisfacción con las personas con las que vive **(.17)** ($p < 0,05$)
- Personalidad: Negativa con **neuroticismo (-.27)** ($p < 0,01$)

En resumen, la aceptación a la jubilación está asociada al funcionamiento cognitivo y físico positivo, así como al ajuste social y emocional.

Religiosidad

Finalmente, la religiosidad presentan asociaciones negativas y significativas a los siguientes aspectos:

- Percepción de salud y percepción de "fitness": Se han encontrado asociaciones negativas de **-.12** y **-.10** ($p < 0,01$ y 0.05 respectivamente) y con hábito de bebida ($p < 0,01$).

- Funcionamiento físico: Existen correlaciones negativas con **equilibrio estático (-.14)**, **fuerza (-.26)**, **presión arterial (-.14)**, **tapping (-.13)** y **peak flow (-.25)** (todas ellas a nivel de probabilidad de $p < 0,01$).
- Funcionamiento cognitivo: muestra correlaciones negativas con las variables **dígitos símbolo (-.20)** ($p < 0.01$) y **MMSE (-.11)** ($p < 0.05$)
- Personalidad: Se ha encontrado una asociación positiva con **neuroticismo (.13)** ($p < 0,01$) y **cordialidad (.11)** ($p < 0,05$).
- Afectación por conflictos: correlación positiva de **.16** ($p < 0,01$)
- Relaciones interpersonales: Se han encontrado correlaciones positivas con las variables **red familiar (.12)** ($p < 0.01$) y con la **red de amigos (.10)** ($p < 0,05$) así como **con dar (.11)** y **recibir ayuda (.12)** ($p < 0.01$ y 0.05 respectivamente).

En resumen, la religiosidad está asociada negativamente con algunos parámetros de la salud, del funcionamiento físico, cognitivo y con la personalidad establey asociaciones positivas con las redes sociales y el dar y recibir ayuda.

Como conclusión general del análisis de la matriz de correlaciones más importante es que nuestras variables muestran en su conjunto asociaciones coherentes con lo teóricamente establecido y que estas asociaciones aparecen también en los distintos tipos de métodos (objetivos o subjetivos) utilizados.

6.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS.

Se han realizado análisis descriptivos de las variables dicotómicas y nominales.

6.2.1. SOCIODEMOGRÁFICOS

▪ Estructura del hogar.

- **Tamaño del hogar.** El 46,1% de los entrevistados vive con otra persona (su pareja mayoritariamente). El 18,9% vive solo. El 24,8% vive con dos personas, el 7% con tres, el 2% con cuatro y el 1,1% con 5 personas. Estos resultados confirman lo que aparece en otros estudios (Díez Nicolás, 1996; Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996).
- **Hijos que viven en el hogar.** El 65,1% de los entrevistados vive sin hijos en su domicilio, mientras que el 33,6% vive con ellos.
- **Biznietos que viven en el hogar.** Solamente 2 sujetos afirman vivir compartir su hogar con biznietos. (0,4%)
- **Nietos que viven en el hogar.** Seis de los sujetos (1,3%) viven con sus nietos en el hogar.
- **Hijos menores de 18 años que viven en el hogar.** Debido a la edad de los entrevistados, solamente 8 (1,8%) del total de la muestra viven en su casa con hijos menores de 18 años.
- **Hijos mayores de 18 años que viven en el hogar.** El 27% (123) de los sujetos viven con hijos mayores de 18 años
- **Vive con su pareja.** El 70,8% (323) de los sujetos entrevistados viven con su esposo o pareja
- **Vive con su padre o madre.** El 8,1% (37) de los entrevistados vive con su padre o madre.
- **Vive con otros..** 23 sujetos comparten domicilio con algún otro familiar y
3 viven con una persona del servicio doméstico

▪ ¿Tiene Vd. Plan de Pensiones?

NO: 77,3% SI: 22,7%.

Los sujetos que en mayor proporción están haciendo un plan de pensiones son los seleccionados a través del “PUMA” (47,4%) y los “muestrales” (31,6%) en comparación con los de “Centros Urbanos” (17,9%) y los de “Centros Rurales” (27,3%). $\chi^2 = 14,14$; $p < .003$.

El nivel de educación de los entrevistados ha sido, en esta ocasión, una variable discriminativa de los sujetos. Así conforme aumenta el nivel de educación, los sujetos en mayor proporción afirman tener algún plan de pensión. ($\chi^2 = 14,283$; $p < .006$).

Del mismo modo, el nivel de ingresos modula la proporción de los mismos que disfrutan de planes de pensiones. De forma que según aumentan los ingresos la proporción de personas que tienen un plan de pensión también aumenta. ($\chi^2 = 48,48$; $p < .000$).

▪ Profesión

En la Tabla 6.4 se puede observar la distribución de profesiones de nuestros sujetos. El 21% son empleados cualificados, el 19% ejercen la profesión libremente el 18,8% son amas de casa y el 15,1% son empleados sin cualificar.

TABLA 6.4
Profesión del entrevistado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos labores del hogar	86	18,8	21,0	21,0
agricultor	2	,4	,5	21,5
profesión libre	19	4,1	4,6	26,2
autónomo (4 empl.)	22	4,8	5,4	31,5
autónomo (5 o + em.)	3	,7	,7	32,3
funcionario	39	8,5	9,5	41,8
empleado directivo	26	5,7	6,4	48,2
empleado cualificado	96	21,0	23,5	71,6
empleado otros	69	15,1	16,9	88,5
obrero especializado	37	8,1	9,0	97,6
obrero sin especializar	6	1,3	1,5	99,0
viviendo de	4	,9	1,0	100,0

rentas				
Total	409	89,3	100,0	
Perdidos Sistema	49	10,7		
Total	458	100,0		

6.2.2. RELACIONES SOCIALES

- ¿Con quién vive Vd?

El 79% del total de la muestra vive con su pareja, hijos o nietos; el 18,8% vive solo y el 12,2% vive con otros familiares.

Esta proporción varía significativamente según la edad de los sujetos. Hay más mayores de 64 años que viven solos que menores de 64 años (respectivamente 23,2% vs 8,2%; $\chi^2 = 14,2$; $p \leq 0,001$).

Por otra parte, se ha podido comprobar que los sujetos que tienen menos ingresos viven solos en mayor proporción que aquellos que reciben más renta. (respectivamente 53,2% vs 25%; $\chi^2 = 58,3$; $p \leq 0,000$).

Lógicamente, el estar o no casado determina el vivir solo. (100% vs 75%; $\chi^2 = 292,4$; $p \leq 0,000$).

También, el género es una variable diferenciadora del vivir o no en compañía. Hay más mujeres que viven solas que hombres (26,5% vs 5,9%; $\chi^2 = p < 0,000$). Resultado esperable debido a la mayor proporción de viudas de la muestra. (24,7% vs 4,1%).

6.2.3. SALUD

▪ ¿Utiliza alguna ayuda para manejarse en su vida diaria?

NO: 96,1% SI: 3,9%

Al analizar diferencias de proporciones según las variables de clasificación, no se han encontrado diferencias en ninguna de las mismas.

▪ ¿Tiene algún problema de salud que interfiera de alguna manera en sus actividades?

NO: 72,4% SI: 27,6%

Solamente el 8,1% de los sujetos seleccionados en “Centros Rurales” afirma que tiene algún problema de salud que interfiera en sus actividades frente alrededor del 30% que afirman lo mismo en los otros tres grupos de selección ($\chi^2 = 13,29$; $p < 0,04$).

Asimismo, los hombres afirman tener menos problemas de salud que interfieran en sus actividades que las mujeres (respectivamente 20,6% vs 32%; ($\chi^2 = 7,01$; $p < 0,03$).

El resto de las variables de agrupación no ha diferenciado a los sujetos.

▪ **¿En este momento tiene Vd. Algún problema médico desde hace más de tres meses que haya sido diagnosticado por un médico?**

El 68,1% de la muestra total ha sido diagnosticado hace más de 3 meses de alguna enfermedad mientras que el 31,9% no lo ha sido.

Nuevamente el contexto de selección de la muestra ha diferenciado a los sujetos. Son los individuos seleccionados del programa “PUMA” los que manifiestan en mayor proporción no padecer ninguna enfermedad diagnosticada por un médico (72% vs 26%; $\chi^2 = 23,27$; $p < .000$).

Como era de esperar, la edad también es una variable importante a la hora de discriminar a los sujetos en esta variable. Hay más personas en el grupo de mayores con enfermedades que en el grupo de menor edad (respectivamente 71,9% vs 59%; $\chi^2 = 7,33$; $p < .007$).

Asimismo, las mujeres también en mayor proporción que los hombres afirman estar diagnosticadas de alguna enfermedad (respectivamente 72,9% vs 60%; $\chi^2 = 8,21$; $p < .004$).

El resto de variables de clasificación no ha discriminado significativamente en esta variable.

▪ **¿Considera Vd. Que se puede valer por sí mismo?**

Solamente el 1,5% de la muestra ha considerado que no se vale por sí mismo. Por tanto, la mayoría de los participantes no presenta

ninguna dificultad en la realización de las actividades de la vida diaria básicas ni instrumentales.

Al haber tan pocos sujetos que consideren tener problemas en sus habilidades funcionales, ninguna variable de clasificación ha discriminado a los mismos.

6.2.4. HÁBITOS CONDUCTUALES O ESTILOS DE VIDA

- **¿Ha tenido algún problema para dormir en el último mes?**

NO: 59,2% SI: 40,8%

Hay menos sujetos seleccionados del grupo "PUMA" que manifiesten tener problemas de sueño que los seleccionados de los otros grupos (12% vs 40%; $\chi^2 = 24,68$; $p < .000$).

Asimismo, hay menos varones con problemas para dormir que mujeres (respectivamente 20% vs 52,1%; $\chi^2 = 45,78$; $p < .000$).

El resto de variables de clasificación no ha discriminado a los sujetos.

- **¿Afecta este problema a sus actividades diarias (ej: produciéndoles ansiedad o somnolencia durante el día)?**

NO: 61,1% SI: 38,9%

- **¿Toma Vd. Algo para disminuir este problema?**

NO: 48,1% SI: 51,9%

Las mujeres en mayor proporción que los hombres afirman consumir algún medicamento para dormir (respectivamente 56% vs 34,3%; $\chi^2 = 5,36$; $p < .021$).

- **¿Ha fumado o fuma regularmente al menos por un período de un año?**

NO: 61% SI pero lo dejé: 27,9% SI, todavía fumo: 10,7%

El nivel de educación ha diferenciado la proporción de personas que siguen fumando. Son los sujetos con nivel superior o universitario los que en mayor proporción manifiestan fumar en la actualidad. (12,5% vs 9,4%; $\chi^2 = 42,98$; $p < .000$).

Asimismo, los hombres también en mayor proporción que las mujeres afirman fumar en la actualidad (respectivamente 20,6% vs 4,9%; $\chi^2 = 131,223$; $p < .000$)

Con respecto al estado civil, son los casados y solteros los que en mayor proporción manifiestan fumar en la actualidad (12,5% vs 5%; $\chi^2 = 29,08$; $p < .003$).

- **¿Toma suplementos dietéticos?**

NO: 77,1%

SI: 22,9%

Hay más mujeres que hombres que tomen suplementos dietéticos (respectivamente, 31,6% vs 8,2%; $\chi^2 = 33,01$; $p < .000$). Sin embargo, ninguna otra variable categorial ha discriminado a los sujetos.

- **¿Cuáles?**

El 4,8% toma vitamina C; el 67,3% calcio; el 2,9% hierro; el 11,5% complejos vitamínicos y el 13,5% otros suplementos.

Nuevamente el género ha sido la única variable que diferencia a los sujetos en sus respuestas. Hay más hombres que tomen complejos vitamínicos que mujeres (respectivamente, 30,8% vs 8,8%; $\chi^2 = 9,5$; $p < .04$); y más mujeres que consuman calcio que hombres (respectivamente; 71,4% vs 38,5%; $\chi^2 = 9,5$; $p < .04$).

6.2.5. RESILIENCIA

-Ocurrencia de situación difícil.

Del total de la muestra, el 88,4% manifiesta haber pasado por alguna situación difícil, mientras que el 11,6% no haber pasado por situación conflictiva alguna.

Los análisis efectuados muestran que según el contexto de selección de los mismos, la frecuencia de ocurrencia de situaciones

difíciles varía. Así, los sujetos seleccionados de “PUMA” y los de “Centros Urbanos” manifiestan, en mayor proporción, haber pasado por alguna situación difícil que los sujetos de los otros dos grupos: “muestrales” o de “Centros Rurales” (81,1% vs 92%; χ^2 12,8; $p \leq .005$)

Así mismo, el género también diferencia a los sujetos en esta variable. Las mujeres manifiestan, en mayor proporción, la ocurrencia de situaciones difíciles que los hombres (respectivamente 93,8% vs 79,4%. χ^2 21,4; $p \leq .000$).

El estado civil de los sujetos discrimina a los mismos en sus manifestaciones de ocurrencias de situaciones difíciles. Como se podía esperar, en proporción, hay más viudos que hayan pasado por situaciones difíciles que casados, solteros o divorciados. (98,7% vs 84%; χ^2 10,03; $p \leq .018$)

Ni la edad, ni el nivel de ingresos ni el nivel de educación han discriminado a los sujetos en esta variable.

-¿Se resolvió bien la situación?

El 63,8% de la muestra total afirmaron que resolvieron satisfactoriamente la situación; mientras que el 36,2 no la resolvieron bien.

Según el contexto de selección de la muestra, la percepción de la resolución del problema varía. Así, son los sujetos seleccionados en centros rurales, en mayor proporción, los que afirman que la situación no se resolvió (66,7% vs 27,3%; $\chi^2 = 22,82$; $p \leq .000$). Sin embargo, no hay diferencias significativas ni en edad, género, estado civil o nivel de educación en esta variable.

6.2.6. VALORES

▪ ¿Cuáles son los valores para Vd. Más importantes?

Entre el listado presentado a los sujetos de valores importantes para la sociedad para que priorizaran según su importancia. En la Tabla 6.5 se puede observar que la *seguridad* es el valor que un mayor número de sujetos (39,2%) ha considerado como el más importante; seguido de la *igualdad* (18,1%) y de la *independencia*

(14,2%). El hedonismo y el éxito han sido los valores elegidos como más importantes por menos sujetos (respectivamente 3,3% y 3,5%).

TABLA 6.5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poder	4	,9	,9	,9
	Éxito	16	3,5	3,5	4,4
	Seguridad	179	39,1	39,2	43,5
	Hedonismo	15	3,3	3,3	46,8
	Novedad	3	,7	,7	47,5
	independencia	65	14,2	14,2	61,7
	Igualdad	83	18,1	18,2	79,9
	Altruismo	43	9,4	9,4	89,3
	Conformidad	49	10,7	10,7	100,0
	Total	457	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,2		
Total		458	100,0		

6.3. ANÁLISIS INFERENCIALES

Nuestro primer análisis va a consistir en el examen de las diferencias existentes entre los participantes que proceden de distintas sub-muestras.

- **Variables que evalúan el funcionamiento cognitivo según el contexto de selección de la muestra.** En la tabla 6.6 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc tukey de dichas variables.
- ❖ **Memoria de dígitos hacia atrás:** De media los sujetos tienen una amplitud de memoria hacia atrás de 3,69 dígitos. Esta puntuación media es inferior a la obtenida en nuestro estudio EXCELSA (Media= 4.2) seguramente debido a que la muestra procede de 7 países europeos y un 50% de sujetos es más jóvenes que nuestros participantes (edad: 30-85) (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger et al., 2004). Existen diferencias significativas entre los sujetos según el contexto de selección de los mismos ($F=9,03$; $p<.000$). Los sujetos seleccionados del

programa PUMA y los muestrales, han sido los que mejores resultados han obtenido en esta prueba (respectivamente, 4,32 y 3,97 dígitos recordados) y difieren significativamente de los de centros urbanos y rurales.

- ❖ **Dígito símbolo:** La puntuación media total ha sido de 33. Lo mismo que ocurre en la memoria de dígitos hacia atrás ocurre con esta prueba. Los sujetos seleccionados del PUMA y muestrales son los que obtienen significativamente mejores resultados ($F= 33,06$; $p<.000$). Estos datos son coincidentes a los obtenidos en el estudio EXCELSA con las salvedades antedichas (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger et al., 2004).
- ❖ **Aprendizaje verbal post, diferido y ganancia.** Respectivamente, las puntuaciones obtenidas de media por la muestra total en estas tres medidas han sido: 10,24; 8,97 y 5,57. Estos resultados son ligeramente inferiores a los obtenidos por los sujetos saludables en el estudio sobre potencial de aprendizaje realizado para la estandarización del instrumento (respectivamente medias: 10.41, 9.19, 6,25) (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Tárraga, Moya e Iñiguez, 2003).

La puntuación de ganancia no ha discriminado a los sujetos según el contexto; sin embargo, la puntuación post y diferida si ha diferenciado a los sujetos en esta variable (respectivamente, $F=11,747$; $p<.000$ y $F= 16,007$; $p<.000$). Igual que ocurre con dígito símbolo y con dígitos hacia atrás, son los PUMA y los muestrales los que han obtenido significativamente puntuaciones más altas.

- ❖ **MMSE.** De media los sujetos han obtenido una puntuación de 27,93 en el Minimental. Del mismo modo que ha ocurrido en las anteriores pruebas, son los sujetos PUMA y muestrales los que mejores puntuaciones han obtenido ($F=5,955$ $p<.000$).

TABLA 6.6

		N	Media	DT	F significación y Tukey
Memoria de dígitos hacia atrás	muestrales	94	3,97	,98	F= 9,035; $p<.000$
	puma	25	4,32	1,25	
	centros urbanos	288	3,60	,97	

	centros rurales	49	3,33	,85	
	Total	456	3,69	1,00	1-3; 1-4; 2-3; 2-4
Dígito símbolo	muestrales	94	39,49	13,33	F= 33,063; p<.000
	puma	25	50,52	11,37	
	centros urbanos	285	29,90	12,10	
	centros rurales	49	29,78	11,28	
	Total	453	33,02	13,49	
E6. Aprendizaje verbal. post	muestrales	93	11,35	2,54	F=11,747; p<.000
	puma	25	11,40	2,72	
	centros urbanos	288	9,95	2,57	
	centros rurales	49	9,18	2,20	
	Total	455	10,24	2,63	
E7. Aprendizaje verbal. Diferido	muestrales	93	10,42	2,96	F= 16,007; p<.000
	puma	25	10,96	3,26	
	centros urbanos	287	8,56	3,05	
	centros rurales	49	7,63	2,51	
	Total	454	8,97	3,14	
PUNTUACIÓN DE GANANCIA DE AVL T	muestrales	93	5,7742	2,38	ns
	puma	25	5,4000	2,31	
	centros urbanos	288	5,5833	2,44	
	centros rurales	49	5,2449	2,16	
	Total	455	5,5758	2,39	
MMSE	muestrales	94	28,57	1,82	F=5,955 p<.000
	puma	25	29,24	2,44	
	centros urbanos	287	27,67	2,61	
	centros rurales	49	27,57	2,61	
	Total	455	27,93	2,50	

En resumen, nuestros participantes difieren, por lo que se refiere a su funcionamiento cognitivo, en función del contexto. Las personas procedentes de un Programa Universitario para Personas Mayores obtienen puntuaciones superiores, seguidas por las que aceptaron participar de la muestra representativa obtenida y de aquellas personas reclutadas en Centros tanto urbanos como rurales. No obstante, conviene resaltar que la media de éstos últimos predice un estado mental normal si examinamos sus puntuaciones del MMSE.

- **Variables que evalúan el funcionamiento cognitivo en función de la edad.** En la tabla 6.7 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación en dichas variables.
 - ❖ Como se puede observar en la tabla 6.7, la edad ha diferenciado a los sujetos en todas las variables por lo que se refiere al funcionamiento cognitivo en todas las pruebas consideradas. Así los jóvenes han obtenido significativamente mejores resultados memoria de trabajo, ejecución y aprendizaje en todas las pruebas intelectuales administradas. Ello es teóricamente consistente dado que todas las pruebas utilizadas evalúan funcionamiento intelectual fluido y este declina con la edad. No obstante, conviene resaltar que el grupo mayor si bien difiere del más joven mantiene un funcionamiento totalmente normal en el MMSE.

TABLA 6.7

	EDADAGRU	N	Media	Desviación típ.	t significación
Memoria de dígitos hacia atrás	55-64	134	3,92	1,09	3,188
	65-75	322	3,59	,95	,002
Dígito símbolo	55-64	134	39,60	13,74	7,098
	65-75	319	30,25	12,39	,000
E6. Aprendizaje verbal post	55-64	134	11,39	2,35	6,284
	65-75	321	9,76	2,59	,000
E7. Aprendizaje verbal. Diferido	55-64	134	10,43	2,93	6,680
	65-75	320	8,37	3,02	,000
Avlt puntuación de ganancia	55-64	134	28,40	2,128	2,155
	65-75	321	27,74	2,614	0,032
PUNTUACIÓN TOTAL DEL MMSE	55-64	134	28,40	2,13	2,576
	65-75	321	27,74	2,61	,000

- **Variables que evalúan el funcionamiento cognitivo en función del género.** En la tabla 6.8 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación en dichas variables.
 - ❖ **Memoria de dígitos hacia atrás y dígito símbolo.** Los hombres han recordado significativamente más dígitos hacia atrás que las mujeres (respectivamente, 3,89 vs 3,57; $F=3,39$; $p<.001$). Sin embargo no

existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la prueba de dígito símbolo.

- ❖ **Aprendizaje verbal post, diferido y ganancia.** Las mujeres obtienen significativamente puntuaciones más altas que los hombres en las tres medidas de potencial de aprendizaje (respectivamente, $t = -4,485$; $p < .000$ y $t = -4,609$; $p < .000$ y $t = -3,573$; $p < .000$).
- ❖ **MMSE.** Los hombres han puntuado significativamente mejor en el MMSE que las mujeres (respectivamente, 28,53 vs 27,58; $t = 4,011$; $p < .000$).

TABLA 6.8

	Género	N	Media	Desviación típ.	t significación
Memoria de dígitos hacia atrás	VARÓN	169	3,89	1,069	3,393
	MUJER	287	3,57	,939	,001
Dígito símbolo	VARÓN	168	34,15	14,198	Ns
	MUJER	285	32,34	13,029	
E6. Aprendizaje verbal. post	VARÓN	168	9,53	2,727	-4,485
	MUJER	287	10,65	2,482	,000
E7. Aprendizaje verbal. Diferido	VARÓN	168	8,11	3,219	-4,609
	MUJER	286	9,48	2,979	,000
PUNTUACIÓN DE GANANCIA DE AVLT	VARÓN	168	5,0595	2,35909	-3,574
	MUJER	287	5,8780	2,35691	,000
PUNTUACIÓN TOTAL DEL MMSE	VARÓN	169	28,53	2,177	4,011
	MUJER	286	27,58	2,606	,000

En resumen, se han apreciado diferencias significativas entre ambos sexos que favorecen a los hombres cuando se utiliza un material de números y a las mujeres si se utiliza un material verbal. Hay que resaltar que las mujeres obtienen puntuaciones más altas en su potencial de aprendizaje. Finalmente, dado que mujeres y hombres difieren en función del nivel educativo con el que cuentan, con probabilidad, estas diferencias se deben a ello.

- **Variables que evalúan nivel cognitivo en función de los ingresos.** En la tabla 6.9 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc tukey de dichas variables.

- ❖ **Memoria de dígitos hacia atrás y dígito símbolo.** Las personas con mayores ingresos han obtenido mejores resultados en ambas pruebas. Así, los sujetos que tienen unos ingresos mensuales de más de 2.100 € han puntuado significativamente más alto en ambas pruebas (respectivamente, $F=3,840$; $p<.000$ y $F=15,59$; $p<.000$).
- ❖ **Aprendizaje verbal post, diferido y ganancia.** De igual forma que ocurría con las pruebas del WAIS, los sujetos con mayores ingresos (más de 2.100 € mes) también han obtenido mejores resultados en las pruebas de aprendizaje verbal post y diferido (respectivamente, $F=6,039$; $p<.000$ y $F=4,326$; $p<.000$). Sin embargo no existen diferencias significativas en la puntuación de ganancia en función de los ingresos mensuales percibidos.
- ❖ **MMSE.** También el mini mental discrimina a los sujetos según los ingresos mensuales que perciben. Así la puntuación media de los sujetos con mayores ingresos ha sido de 29,06 (recuérdese que la puntuación máxima del test es 30) y la mínima la han obtenido los que menos ingresos tienen y ha sido de 26,63 ($F=6,181$; $p<.000$).

TABLA 6.9

		N	Media	Desviación típica	F significación y Tukey	
Memoria de dígitos hacia atrás	hasta 450€	15	3,47	1,187	3,840 .000	
	451-600€	36	3,50	,845		
	601-900€	84	3,51	,857		
	901-1200€	67	3,75	,893		
	1201-1600€	50	3,82	1,082		
	1601-2100€	50	3,76	,916		
	2101-2700€	20	4,55	1,234		
	más de 2700€	31	4,10	1,076		7-1; 7-2; 7-3; 7-4;
	Total	353	3,74	,991	7-6	
Dígito símbolo	hasta 450€	15	27,93	9,445	15,590 .000	
	451-600€	35	24,23	7,361		
	601-900€	82	30,27	13,287		
	901-1200€	67	31,63	11,701		
	1201-1600€	50	32,80	13,571		
	1601-2100€	50	39,06	9,907		8-1; 8-2; 8-3; 8-4; 8-6;
	2101-2700€	20	46,65	10,353		
	más de 2700€	31	47,32	14,335		7-1; 7-2; 7-3; 7-4;
	Total	350	33,89	13,534	7-6	

E6. Aprendizaje verbal. post	hasta 450€	15	10,73	2,251	6,039 .000 8-2; 8-3; 8-4 7-2; 7-3; 7-4
	451-600€	36	8,94	2,305	
	601-900€	84	9,85	2,655	
	901-1200€	67	9,55	2,548	
	1201-1600€	50	10,40	2,373	
	1601-2100€	49	11,20	2,372	
	2101-2700€	20	11,55	2,743	
	más de 2700€	31	11,81	2,600	
	Total	352	10,27	2,630	
E7. Aprendizaje verbal. Diferido	hasta 450€	15	8,93	3,283	4,326 .000 7-2; 8-2; 8-3; 8-4
	451-600€	36	7,61	3,007	
	601-900€	84	8,55	3,102	
	901-1200€	67	8,57	3,086	
	1201-1600€	50	8,86	2,785	
	1601-2100€	49	9,88	2,934	
	2101-2700€	20	10,35	3,100	
	más de 2700€	31	10,87	3,384	
	Total	352	9,01	3,156	
PUNTUACIÓN DE GANANCIA DE AVL T	hasta 450€	15	5,6000	1,91982	ns
	451-600€	36	5,1667	2,23607	
	601-900€	84	5,6071	2,47891	
	901-1200€	67	5,1791	2,36723	
	1201-1600€	50	5,6600	2,54438	
	1601-2100€	49	5,8571	2,44949	
	2101-2700€	20	5,2500	2,33678	
	más de 2700€	31	6,1935	2,28647	
	Total	352	5,5540	2,39121	
PUNTUACIÓN TOTAL DEL MMSE	hasta 450€	15	26,73	4,448	6,181 .000 4-3; 5-3; 6-3; 7-3; 8-3; 8-1
	451-600€	35	27,80	2,180	
	601-900€	84	27,04	2,632	
	901-1200€	67	28,36	1,864	
	1201-1600€	50	28,58	1,853	
	1601-2100€	50	28,58	2,251	
	2101-2700€	20	29,45	,999	
	más de 2700€	31	29,06	1,459	
	Total	352	28,11	2,364	

En resumen, como sería de esperar, los participantes con más ingresos presentan una más alto funcionamiento intelectual.

- **Variables que evalúan el funcionamiento cognitivo en función de la educación.** En la tabla 6.10 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc tukey de dichas variables.

- ❖ **Memoria de dígitos hacia atrás y dígito símbolo.** Las personas obtienen mejores puntuaciones en ambos test según su nivel de educación es más alto. Así, los sujetos con formación universitaria de media han obtenido una puntuación en dígitos hacia atrás y símbolo respectivamente de 4,23 y 45,71; mientras que los que no tienen estudios formales solamente han obtenido de media una puntuación de 3,16 en dígitos hacia atrás y 22,29 en dígito símbolo (respectivamente, $F=15,936$; $p<.000$ y $F=50,65$; $p<.000$).
- ❖ **Aprendizaje verbal post, diferido y ganancia.** Los sujetos sin estudios formales se diferencian significativamente de todos los demás en la puntuación post y en la puntuación diferida del test de aprendizaje verbal ($F=8,658$; $p<.000$). No habiendo diferencias significativas entre el resto de los grupos. Por otra parte, el nivel de educación no ha diferenciado significativamente a los sujetos en la puntuación de ganancia del test de aprendizaje verbal.
- ❖ **MMSE.** Nuevamente, los sujetos sin educación formal son los que se diferencian significativamente del resto de los grupos en esta variable ($F=15,685$; $p<.000$). De media solo han obtenido una puntuación de 26,58, mientras que la media del grupo ha sido de 27,93.

TABLA 6.10

		N	Media	Desviación típica	F significación y Tukey
Memoria de dígitos hacia atrás	sin educación formal	96	3,16	,730	15,936 .000 1.2; 1-3; 1-4; 1-5
	primaria	188	3,60	,968	
	secundaria	62	4,00	,923	
	superior	53	4,00	1,000	
	universitaria	56	4,23	1,112	
	Total	455	3,69	1,000	
Dígito símbolo	sin educación formal	95	22,49	9,271	50,657 .000 1-2; 1-3; 1-4; 1-5
	primaria	186	30,70	10,531	
	secundaria	62	36,89	12,297	
	superior	53	41,85	13,481	
	universitaria	56	45,71	12,948	
	Total	452	32,99	13,492	
E6. Aprendizaje verbal. post	sin educación formal	96	9,20	2,444	8,658 .000
	primaria	188	10,04	2,440	
	secundaria	62	10,95	2,676	

	superior	52	10,87	2,650	
	universitaria	56	11,29	2,814	1-2; 1-3; 1-4; 1-5; 5-2
	Total	454	10,24	2,631	
E7. Aprendizaje verbal. Diferido	sin educación formal	96	7,64	2,946	
	primaria	187	8,70	2,892	11,102
	secundaria	62	9,84	3,184	.000
	superior	52	9,60	3,082	
	universitaria	56	10,61	3,223	
	Total	453	8,97	3,140	1-2; 1-3; 1-4; 1-5
PUNTUACIÓN DE GANANCIA DE AVL T	sin educación formal	96	5,1042	2,28256	
	primaria	188	5,5372	2,38168	ns
	secundaria	62	6,1613	2,62518	
	superior	52	5,8269	2,22041	
	universitaria	56	5,6786	2,36725	
	Total	454	5,5815	2,38765	
PUNTUACIÓN TOTAL DEL MMSE	sin educación formal	95	26,58	2,999	
	primaria	188	27,72	2,503	15,685
	secundaria	62	28,76	1,596	.000
	superior	53	28,85	1,812	
	universitaria	56	29,11	1,569	1-2; 1-3; 1-4; 1-5
	Total	454	27,93	2,497	

En resumen, es importante resaltar que las diferencias debidas a la educación aparecen exclusivamente en la comparación de las personas sin estudios con todas las demás. Ello es importante tenerlo en cuenta por cuanto las próximas generaciones de personas mayores que hayan pasado por una educación regular obligatoria no diferirán (esa sería nuestra predicción) en su funcionamiento intelectual.

- **Variables relacionadas con las actividades de ocio y productivas en función del contexto.** En la tabla 6.11 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc tukey de dichas variables.
- ❖ **Frecuencia de actividades de ocio y productivas.** No existen diferencias significativas en ninguna de estas variables en función del contexto de selección de los sujetos.

TABLA 6.11

		N	Media	Desviación típica	F significación y Tukey
Frecuencia de actividades de ocio	muestrales	94	2027,61	857,01	ns
	puma	25	1767,76	542,42	
	centros urbanos	288	2151,59	2658,29	
	centros rurales	49	2636,09	1395,77	
	Total	456	2157,05	2205,68	
Frecuencia de actividades productivas	muestrales	94	2191,97	2620,22	ns
	puma	25	1595,65	923,69	
	centros urbanos	288	2491,37	2336,06	
	centros rurales	49	2643,53	1965,54	
	Total	456	2396,90	2313,92	

- **Variables relacionadas con las actividades de ocio y productivas en función de la edad.** En la tabla 6.12 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación.

❖ **Frecuencia de actividades de ocio y productivas.** Aunque los más jóvenes realizan más actividades tanto de ocio como productivas, estas diferencias no son significativas.

TABLA 6.12

	EDADAGRU	N	Media	Desviación típ.	t significación
Frecuencia de actividades de ocio	55-64	134	2256,9403	3885,89063	ns
	65-75	322	2115,4798	795,94920	
Frecuencia de actividades productivas	55-64	134	2438,8940	2301,86803	ns
	65-75	322	2379,4176	2322,26067	

- **Variables relacionadas con las actividades de ocio y productivas en función del género.** En la tabla 6.13 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación.

❖ **Frecuencia de actividades de ocio y productivas.** No existen diferencias significativas en las actividades de ocio realizadas en función del género, pero si aparecen dichas diferencias en relación a la frecuencia de actividades productivas realizadas en un año. Así, las

mujeres manifiestan realizar significativamente más actividades productivas al año que los hombres ($t = -5,015$; $p < .000$).

TABLA 6.13

	Género	N	Media	Desviación típ.	t significación
Frecuencia de actividades de ocio	VARÓN	169	2257,49	956,09	ns
	MUJER	287	2097,91	2682,04	
Frecuencia de actividades productivas	VARÓN	169	1706,87	1677,38	-5,015
	MUJER	287	2803,22	2533,43	.000

- **Variables relacionadas con las actividades de ocio y productivas en función del contexto.** En la tabla 6.14 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc tukey de dichas variables.

- ❖ **Frecuencia de actividades de ocio y productivas.** No existen diferencias significativas en la frecuencia de actividades de ocio según los ingresos percibidos. Sin embargo si existen diferencias en la variable relacionada con las actividades productivas según los ingresos. En esta ocasión son las personas que perciben más ingresos las que menos actividades productivas realizan y esta diferencia es significativa entre el grupo que percibe 1201-1600€ y el que percibe más de 2700€ ($F = 2,670$; $p < .011$).

TABLA 6.14

		N	Media	Desviación típica	F significación y Tukey
Frecuencia de actividades de ocio	301-450€	15	1993,70	879,00	ns
	451-600€	36	2350,25	983,83	
	601-900€	84	2546,61	4822,34	
	901-1200€	67	2077,51	936,16	
	1201-1600€	50	2161,71	707,49	
	1601-2100€	50	2007,77	846,66	
	2101-2700€	20	2026,28	806,89	
	más de 2700€	31	2094,95	954,39	
	Total	353	2214,07	2469,93	
Frecuencia de	301-450€	15	1816,07	868,50	

actividades productivas	451-600€	36	1906,87	1790,65	2,670
	601-900€	84	2726,37	2566,48	
	901-1200€	67	2293,15	1725,93	.011
	1201-1600€	50	3307,97	3845,44	
	1601-2100€	50	1944,75	1748,53	
	2101-2700€	20	2240,40	1661,39	5-8
	más de 2700€	31	1511,66	1221,73	
	Total	353	2359,35	2345,97	

- **Variables relacionadas con las actividades de ocio y productivas en función del nivel de educación.** En la tabla 6.15 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc tukey de dichas variables.

❖ **Frecuencia de actividades de ocio y productivas.** No existen diferencias significativas en ninguna de estas variables en función del nivel de educación de los entrevistados.

TABLA 6.15

		N	Media	Desviación típica	F significación y Tukey
Frecuencia de actividades de ocio	sin educación formal	96	1939,06	829,12	ns
	primaria	188	2069,91	852,62	
	secundaria	62	2720,02	5585,06	
	superior	53	2144,52	879,13	
	universitaria	56	2216,47	888,94	
	Total	455	2157,62	2208,07	
Frecuencia de actividades productivas	sin educación formal	96	2338,33	1988,53	ns
	primaria	188	2680,79	2679,80	
	secundaria	62	2539,68	2380,42	
	superior	53	1820,94	1162,92	
	universitaria	56	1956,74	2150,78	
	Total	455	2400,03	2315,49	

En resumen, no existen diferencias por lo que se refiere a las actividades –tanto de ocio como productivas ni debidas a las sub-muestras utilizadas, ni en función de la edad, del sexo, de la educación o de los ingresos.

▪ **Variables relacionadas con el bienestar subjetivo en función del contexto** . En la tabla 6.16 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc tukey de dichas variables.

- ❖ **Satisfacción global con la vida.** De media los sujetos manifiestan estar “bastante” satisfechos con su vida (2,93; rango 1-4). No existen diferencias significativas entre los grupos seleccionados en su grado de satisfacción.
- ❖ **Satisfacción comparada con hace 5 años.** De media consideran que su nivel de satisfacción permanece relativamente igual que hace 5 años (2,16 rango 1-3). Tampoco existen diferencias significativas en esta variable según el contexto de selección de la muestra.
- ❖ **Afecto positivo.** De media los sujetos han obtenido una puntuación de 23,51 en esta variable que indica la frecuencia de sentimientos positivos (rango 10-40). Los sujetos del grupo muestrales son los que más alta puntuación han obtenido en esta variable. Siendo significativa cuando se compara con la puntuación obtenida por aquellos procedentes de los centros urbanos (F=6,476; p<.000).
- ❖ **Afecto negativo.** De media los sujetos han obtenido una puntuación de 23,5 en esta variable. Exactamente manifiestan la misma frecuencia de sentimientos positivos que negativos. Sin embargo, no existen diferencias significativas entre los grupos en esta variable.

En resumen, no existen diferencias en función de las muestras obtenidas en la satisfacción con la vida (todos se muestra en el promedio de “bastante” satisfechos) y muy escasas diferencias en afecto positivo.

TABLA 6.16

		N	Media	DT	F significación y Tukey
Teniendo en cuenta lo bueno y lo malo, ¿En qué medida se siente satisfecho con su vida?	muestrales	94	3,07	,75	
	Puma	25	2,96	,61	
	Centros urbanos	288	2,90	,80	
	Centros rurales	49	2,88	,63	
	Total	456	2,93	,77	ns
Su satisfacción es mayor, menor o igual	muestrales	94	2,21	,76	

que hace 5 años?	Puma	25	2,08	,86	
	Centros urbanos	287	2,17	,82	
	Centros rurales	49	2,00	,79	
	Total	455	2,16	,81	ns
AFECTO POSITIVO	muestrales	94	24,98	4,32	6,476
	Puma	25	24,24	3,81	.000
	Centros urbanos	287	23,02	3,66	
	Centros rurales	49	23,22	4,12	
	Total	455	23,51	3,93	1-3
AFECTO NEGATIVO	muestrales	93	23,30	3,88	
	Puma	25	23,32	4,71	
	Centros urbanos	287	23,51	4,43	
	Centros rurales	49	23,94	4,81	
	Total	454	23,50	4,37	ns

- **Variables relacionadas con el bienestar subjetivo en función de la edad.** En la tabla 6.17 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.

❖ **Satisfacción comparada con hace 5 años.** Los mayores tienen peor percepción de su satisfacción con la vida comparada con el pasado que los jóvenes (respectivamente, 2,11 vs 2,28 $t=2,024$; $p<.004$)

❖ **Afecto positivo.** Los jóvenes manifiestan significativamente más sentimientos positivos que los mayores (respectivamente, 24,12 vs 23,25 $t=2,164$; $p<.003$)

No existen diferencias significativas ni en el afecto negativo ni en la satisfacción global con la vida en función de la edad.

TABLA 6.17

	EDADAGRU	N	Media	Desviación típ.	t significación
AFECTO POSITIVO	55-64	134	24,1269	3,92681	2,164
	65-75	321	23,2555	3,91034	.003
AFECTO NEGATIVO	55-64	134	23,6493	4,21822	
	65-75	320	23,4391	4,43326	ns
¿En qué medida se siente satisfecho con su vida?	55-64	134	2,96	,764	
	65-75	322	2,93	,770	ns
Su satisfacción es mayor, menor o igual que hace 5 años?	55-64	134	2,28	,817	2,024
	65-75	321	2,11	,797	.004

- **Variables relacionadas con el bienestar subjetivo en función del género.** En la tabla 6.18 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.

- ❖ **Satisfacción global con la vida.** Los hombres manifiestan significativamente estar más satisfecho con sus vidas que las mujeres ($t=2,815$; $p<.005$)

- ❖ **Afecto negativo.** Las mujeres expresan sentir con mayor frecuencia emociones negativas que los hombres ($t= -5,290$; $p<.000$).

En resumen, los hombres están más satisfechos que las mujeres aunque no hay menos satisfacción comparativa con el pasado ni tampoco presentan diferencias en el afecto positivo.

TABLA 6.18

Género		N	Media	DT.	t significación
AFECTO POSITIVO	VARÓN	169	23,21	3,98	ns
	MUJER	286	23,69	3,90	
AFECTO NEGATIVO	VARÓN	169	22,13	4,07	-5,290
	MUJER	285	24,31	4,34	.000
¿En qué medida se siente satisfecho con su vida?	VARÓN	169	3,07	,68	2,815
	MUJER	287	2,86	,80	.005
Su satisfacción es mayor, menor o igual que hace 5 años?	VARÓN	168	2,24	,74	ns
	MUJER	287	2,11	,84	

- **Variables relacionadas con la auto-eficacia emocional y la resiliencia por contexto.** En la tabla 6.19 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc mediante tukey. de dichas variables.

- ❖ **Auto-eficacia emotiva negativa.** Los sujetos que acuden a centros rurales son los que han obtenido mayor puntuación en Auto-eficacia emotiva negativa, entendida como la capacidad para afrontar situaciones de rechazo o crítica de los demás. Estas diferencias son significativas entre los sujetos de los centros rurales y los de los centros urbanos ($F=4,37$; $p<.005$).

❖ **Resiliencia. ¿cuánto tiempo tardó en recuperarse de la situación difícil mencionada anteriormente?** Los sujetos seleccionados del programa universitario PUMA han manifestado tardar significativamente más en recuperarse de situaciones difíciles que los del resto de los grupos ($F=5,02$; $p<.002$)

Como puede observarse en la tabla 23, no se han encontrado diferencias significativas en ninguna de las otras variables relativas a la Auto-eficacia emotiva y resiliencia en función del contexto.

TABLA 6.19

		N	Media	Desviación típica	F significación y Tukey
AUTO-EFICACIA EMOTIVA NEGATIVA	muestrales	94	7,78	1,86	4,37 .005 3-4
	puma	25	7,52	2,08	
	centros urbanos	287	7,39	2,50	
	centros rurales	49	8,65	2,02	
	Total	455	7,61	2,34	
AUTO-EFICACIA EMOTIVA POSITIVA	muestrales	93	5,97	1,51	ns
	puma	25	6,44	1,33	
	centros urbanos	287	6,07	1,23	
	centros rurales	49	6,00	1,47	
	Total	454	6,06	1,32	
EMPATÍA INTERPERSONAL	muestrales	94	5,07	1,31	ns
	puma	25	5,32	1,18	
	centros urbanos	288	4,96	1,33	
	centros rurales	49	4,80	1,41	
	Total	456	4,99	1,33	
¿En qué medida le afectó?	muestrales	75	9,04	1,55	ns
	puma	23	9,00	1,13	
	centros urbanos	258	9,22	1,40	
	centros rurales	39	9,64	,96	
	Total	395	9,22	1,38	
Cuánto tiempo (en meses) tardó en recuperarse?	muestrales	55	15,71	27,01	5,02 .002 2-1; 2-3; 2-4
	puma	18	42,28	49,66	
	centros urbanos	178	18,25	22,35	
	centros rurales	20	17,46	29,14	
	Total	271	19,27	26,97	
Comparado con la gente en general, ¿cómo diría que	muestrales	93	3,03	,58	
	puma	24	3,00	,42	
	centros urbanos	288	2,96	,57	

supera los problemas?	centros rurales	49	2,92	,49	ns
	Total	454	2,97	,56	

- **Variables relacionadas con la auto-eficacia emocional y la resiliencia por edad.** En la tabla 6.20 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.

- ❖ La edad no ha discriminado a los sujetos en ninguna de las variables relativas a la auto-eficacia emocional y la resiliencia

TABLA 6.20

	EDADAGRU	N	Media	Desviación típ.	t significación
AUTO-EFICACIA EMOTIVA NEGATIVA	55-64	134	7,47	2,02	ns
	65-75	321	7,67	2,46	
AUTO-EFICACIA EMOTIVA POSITIVA	55-64	134	5,92	1,33	ns
	65-75	320	6,12	1,32	
EMPATÍA INTERPERSONAL	55-64	134	4,96	1,38	ns
	65-75	322	5,00	1,31	
¿En qué medida le afectó?	55-64	112	9,13	1,33	ns
	65-75	283	9,25	1,41	
Cuánto tiempo (en meses) tardó en recuperarse?	55-64	73	19,70	26,74	ns
	65-75	198	19,11	27,12	
Comparado con la gente de su edad ¿cómo diría que supera ...?	55-64	132	2,96	,54	ns
	65-75	322	2,98	,57	ns

- **Variables relacionadas con la auto-eficacia emocional y la resiliencia por género.** En la tabla 6.21 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.

- ❖ **Auto-eficacia emotiva negativa.** Los hombres se sienten significativamente más capaces a la hora de afrontar críticas o rechazos de los demás que las mujeres ($t= 3,162$; $p<.002$)
- ❖ **Resiliencia ¿en qué medida le afectó?** Las mujeres perciben significativamente que las situaciones les afectan en mayor medida que los hombres ($t= -6,178$; $p<.000$).
- ❖ **Resiliencia ¿Cuánto tiempo tardó en recuperarse?** Asimismo, las mujeres también perciben significativamente tardar más tiempo en recuperarse de una situación difícil que los hombres ($t= -3,32$; $p<.001$).

En resumen, no hay diferencias significativas ni en auto-eficacia emotiva positiva, ni en empatía interpersonal ni en la percepción de resiliencia entre hombres y mujeres.

TABLA 6.21

	Género	N	Media	Desviación típ.	t significación
AUTO-EFICACIA EMOTIVA NEGATIVA	VARÓN	169	8,06	2,17	3,162
	MUJER	286	7,35	2,39	.002
AUTO-EFICACIA EMOTIVA POSITIVA	VARÓN	167	6,06	1,35	
	MUJER	287	6,06	1,31	ns
EMPATÍA INTERPERSONAL	VARÓN	169	5,01	1,39	
	MUJER	287	4,98	1,29	ns
¿En qué medida le afectó?	VARÓN	135	8,64	1,73	-6,178
	MUJER	260	9,51	1,05	.000
Cuánto tiempo (en meses) tardó en recuperarse?	VARÓN	107	12,66	21,20	-3,320
	MUJER	164	23,59	29,41	.001
Comparado con la gente en general, ¿cómo diría que supera los problemas...?	VARÓN	168	3,02	,49	
	MUJER	286	2,94	,60	ns

- **Variables relacionadas con la auto-eficacia emocional y la resiliencia por ingresos.** En la tabla 6.22 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc mediante tukey. de dichas variables.

- ❖ El nivel de ingresos percibidos no diferencia a los sujetos ni en su auto-eficacia emocional ni en su resiliencia.

TABLA 6.22

		N	Media	Desviación típica	F significación y Tukey
AUTO-EFICACIA	Hasta 450€	15	9,40	1,88	

MOTIVA NEGATIVA	451-600€	35	8,00	2,49	ns
	601-900€	84	7,67	2,25	
	901-1200€	67	7,60	2,68	
	1201-1600€	50	7,18	2,14	
	1601-2100€	50	8,16	2,04	
	2101-2700€	20	8,10	1,59	
	más de 2700€	31	7,81	2,06	
	Total	352	7,80	2,28	
AUTO-EFICACIA EMOTIVA POSITIVA	Hasta 450€	15	6,47	,99	ns
	451-600€	36	6,19	1,31	
	601-900€	84	5,86	1,40	
	901-1200€	67	5,73	1,38	
	1201-1600€	50	6,10	1,33	
	1601-2100€	48	6,42	1,23	
	2101-2700€	20	6,35	1,39	
	más de 2700€	31	6,29	1,30	
Total	351	6,07	1,34		
EMPATÍA INTERPERSONAL	Hasta 450€	15	5,13	1,25	ns
	451-600€	36	4,58	1,44	
	601-900€	84	4,92	1,33	
	901-1200€	67	4,76	1,14	
	1201-1600€	50	5,14	1,53	
	1601-2100€	50	5,18	1,22	
	2101-2700€	20	5,60	1,43	
	más de 2700€	31	5,16	1,55	
Total	353	4,99	1,36		
¿En qué medida le afectó?	Hasta 450€	12	9,92	,29	ns
	451-600€	31	9,61	,88	
	601-900€	77	9,27	1,49	
	901-1200€	57	9,19	1,44	
	1201-1600€	38	9,24	1,24	
	1601-2100€	42	9,00	1,27	
	2101-2700€	18	9,00	2,03	
	más de 2700€	26	8,50	1,73	
Total	301	9,19	1,42		
Cuánto tiempo (en meses) tardó en recuperarse?	Hasta 450€	8	13,25	12,06	ns
	451-600€	18	19,28	27,31	
	601-900€	49	19,41	27,12	
	901-1200€	45	15,93	16,12	
	1201-1600€	27	24,85	36,47	
	1601-2100€	25	22,19	36,08	
	2101-2700€	13	8,27	8,12	
	más de 2700€	21	29,12	39,34	
Total	206	19,74	28,23		
Comparado con la gente en general, ¿cómo diría que supera los problemas ...?	Hasta 450€	15	2,87	,64	
	451-600€	36	2,86	,64	
	601-900€	84	2,94	,50	
	901-1200€	67	2,97	,43	
	1201-1600€	50	3,00	,57	
	1601-2100€	48	3,06	,48	

2101-2700€	20	3,20	,52	ns
más de 2700€	31	3,03	,55	
Total	351	2,98	,52	

- **Variables relacionadas con la auto-eficacia emocional y la resiliencia por nivel de educación.** En la tabla 6.23 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc mediante tukey. de dichas variables.

- ❖ Igual que sucede con los ingresos, el nivel de educación no diferencia a los sujetos ni en su auto eficacia emocional ni en su resiliencia.

TABLA 6.23

		N	Media	Desviación típica	F y significación
AUTO-EFICACIA MOTIVA NEGATIVA	sin educación formal	96	7,60	2,55	ns
	primaria	188	7,66	2,36	
	secundaria	62	7,40	2,12	
	superior	52	7,56	2,14	
	universitaria	56	7,75	2,37	
	Total	454	7,61	2,34	
AUTO-EFICACIA EMOTIVA POSITIVA	sin educación formal	96	5,96	1,31	ns
	primaria	188	6,00	1,34	
	secundaria	62	6,15	1,16	
	superior	52	6,08	1,44	
	universitaria	55	6,35	1,38	
	Total	453	6,06	1,33	
EMPATÍA INTERPERSONAL	sin educación formal	96	4,81	1,33	ns
	primaria	188	4,89	1,27	
	secundaria	62	5,03	1,43	
	superior	53	5,34	1,51	
	universitaria	56	5,21	1,14	
	Total	455	4,98	1,33	
¿En qué medida le afectó?	sin educación formal	82	9,35	1,40	ns
	primaria	164	9,30	1,29	
	secundaria	58	9,14	1,41	
	superior	45	9,16	1,24	
	universitaria	46	8,83	1,73	
	Total	395	9,22	1,38	
Cuánto tiempo (en meses) tardó en recuperarse/	sin educación formal	52	22,96	27,11	

sobreponerse/ volver a su funcionamiento habitual?	primaria	115	18,61	26,88	ns
	secundaria	39	15,47	18,99	
	superior	35	19,84	29,87	
	universitaria	30	19,68	32,78	
	Total	271	19,27	26,97	
Comparado con la gente en general, ¿cómo diría que supera los problemas o situaciones conflictivas de la vida?	sin educación formal	96	2,89	,58	ns
	primaria	188	2,97	,55	
	secundaria	61	3,03	,58	
	superior	52	3,10	,53	
	universitaria	56	2,95	,55	
	Total	453	2,97	,56	

- **Variables relacionadas con la estructura del hogar y con la satisfacción del entrevistado con las personas con las que vive por contexto.** En la tabla 6.24 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc mediante tukey. de dichas variables.

❖ **Hijos mayores de 18 años que viven con el entrevistado.** Los sujetos seleccionados del PUMA y los muestrales son los que de media viven con más hijos mayores de 18 años ($F = 4,351$; $p < .006$).

En resumen, el contexto no diferencia ninguna medida más de estructura del hogar ni de satisfacción con las personas que vive el entrevistado.

Tabla 6.24

		N	Media	Desviación típica	F significación y tukey

Niños (menos de 18años)	muestrales	3	1,00	,00	ns
	puma	3	2,00	1,00	
	centros urbanos	1	1,00	.	
	centros rurales	1	1,00	.	
	Total	8	1,38	,74	
Niños (18 años o mas)	muestrales	41	1,59	,87	4,351 .006
	puma	9	1,67	1,00	
	centros urbanos	59	1,15	,41	
	centros rurales	14	1,29	,47	
	Total	123	1,35	,68	
¿En qué medida está Vd. satisfecho con la/s persona/s con la/s que vive?	muestrales	84	2,54	,68	Ns
	puma	19	2,42	,84	
	centros urbanos	227	2,37	,80	
	centros rurales	43	2,42	,73	
	Total	373	2,42	,77	

- **Variables relacionadas con la estructura del hogar y con la satisfacción del entrevistado con las personas con las que vive por edad.** En la tabla 6.25 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.

❖ **Hijos mayores de 18 años que viven con el entrevistado.** Como se podía esperar, los más jóvenes viven en sus hogares con más hijos de 18 años o más que los más mayores. ($t=3,164$; $p<.002$)

El resto de variables relacionadas con la estructura del hogar y con la satisfacción del entrevistado con las personas que viven, no han sido significativas en función de la edad de los sujetos

TABLA 6.25

	EDADAGRU	N	Media	Desviación típ.	t significación
Niños (menos de 18años)	55-64	6	1,50	,84	ns
	65-75	2	1,00	,00	
Niños (18 años o mas)	55-64	56	1,55	,85	3,164
	65-75	67	1,18	,42	,002
¿En qué medida está Vd. satisfecho con la/s persona/s con la/s que vive?	55-64	124	2,46	,71	ns
	65-75	249	2,40	,79	

- **Variables relacionadas con la estructura del hogar y con la satisfacción del entrevistado con las personas con las que vive por**

género. En la tabla 6.26 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.

- ❖ **¿En qué medida está Vd. Satisfecho con las personas con las que vive?** Los hombres están significativamente más satisfechos con las personas que viven que las mujeres. (t= 5,152; p<.000)

TABLA 6.26

	Género	N	Media	Desviación típ.	t significación
Niños (menos de 18años)	VARÓN	4	1,50	1,00	ns
	MUJER	4	1,25	,50	
Niños (18 años o mas)	VARÓN	57	1,42	,73	ns
	MUJER	66	1,29	,63	
¿En qué medida está Vd. satisfecho con la/s persona/s con la/s que vive?	VARÓN	159	2,65	,56	5,152
	MUJER	214	2,25	,85	.000

- **Variables relacionadas con la estructura del hogar y con la satisfacción del entrevistado con las personas con las que vive por ingresos.** En la tabla 6.27 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc mediante tukey. de dichas variables.

- ❖ El tener más o menos ingresos no diferencia a las personas ni en la estructura del hogar ni en la satisfacción que tienen con las personas con las que viven.

TABLA 6.27

		N	Media	Desviación típica	F significación y tukey
Niños (menos de 18años)	hasta 450€	0	.	.	.
	451-600€	0	.	.	.
	601-900€	1	1,00	.	.
	901-1200€	3	1,67	1,155	.
	1201-1600€	0	.	.	.
	1601-2100€	0	.	.	.
	2101-2700€	1	1,00	.	.
	más de 2700€	2	1,50	,707	ns
	Total	7	1,43	,787	

Niños (18 años o mas)	hasta 450€	3	1,33	,577	ns
	451-600€	2	1,00	,000	
	601-900€	18	1,17	,383	
	901-1200€	14	1,21	,579	
	1201-1600€	18	1,39	,778	
	1601-2100€	17	1,29	,588	
	2101-2700€	8	2,00	1,069	
	más de 2700€	12	1,67	,888	
	Total	92	1,38	,709	
¿En qué medida está Vd. satisfecho con la/s persona/s con la/s que vive?	hasta 450€	7	2,29	1,113	ns
	451-600€	19	2,47	,513	
	601-900€	67	2,28	,934	
	901-1200€	51	2,43	,700	
	1201-1600€	46	2,50	,691	
	1601-2100€	42	2,33	,902	
	2101-2700€	19	2,63	,597	
	más de 2700€	29	2,62	,677	
	Total	280	2,42	,786	

- **Variables relacionadas con la estructura del hogar y con la satisfacción del entrevistado con las personas con las que vive por nivel de educación.** En la tabla 6.28 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc mediante tukey. de dichas variables.

❖ **Hijos mayores de 18 años que viven con el entrevistado.** Los participantes del estudio con nivel universitario, son los que viven de media con más hijos mayores de 18 años ($F=2,975$; $p<.022$).

No hay diferencias significativas ni en vivir con hijos menores de 18 años ni en el grado de satisfacción manifestado con las personas con las que vive en función del nivel de educación.

TABLA 6.28

		N	Media	Desviación típica	F significación y tukey
Niños (menos de 18años)	sin educación formal	1	1,00	.	ns
	primaria	1	1,00	.	
	secundaria	3	1,33	,58	
	superior	2	2,00	1,41	
	universitaria	1	1,00	.	
	Total	8	1,38	,74	
Niños (18 años o mas)	sin educación formal	19	1,21	,42	2,975
	primaria	55	1,27	,65	.022

	secundaria	17	1,24	,44	
	superior	14	1,36	,63	
	universitaria	18	1,83	,99	
	Total	123	1,35	,68	
¿En qué medida está Vd. satisfecho con la/s persona/s con la/s que vive?	sin educación formal	78	2,31	,83	ns
	primaria	155	2,40	,74	
	secundaria	49	2,39	,81	
	superior	47	2,62	,64	
	universitaria	43	2,49	,80	
	Total	372	2,42	,77	

- **Variables relacionadas con relaciones familiares, sociales y de confianza por contexto.** En la tabla 6.29 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc mediante tukey. de dichas variables.
 - ❖ **Red familiar.** De media, los sujetos seleccionados de los centros rurales son los que disfrutan de mayor red familiar ($F= 5,875$; $p<.001$).
 - ❖ **Recibir ayuda.** Asimismo, los sujetos seleccionados de centros rurales son los que con mayor frecuencia reciben apoyo emocional ($F=7,642$; $p<.000$).
 - ❖ **Dar ayuda.** Del mismo modo, los sujetos de los centros rurales son los que con mayor frecuencia son demandados por los demás de ayuda ($F=3,982$; $p<.008$).
 - ❖ No hay diferencias significativas por contexto en el tamaño de la red de amigos.

TABLA 6.29

		N	Media	Desviación típica	F significación y tukey
RED FAMILIAR: RELSOC	muestrales	94	10,22	3,08	5,875 .001
	puma	25	9,48	3,10	
	centros urbanos	288	10,92	3,06	
	centros rurales	49	12,10	2,70	
	Total	456	10,83	3,08	
RED AMIGOS: RELSOC	muestrales	93	15,39	11,82	ns
	puma	24	14,25	9,32	
	centros urbanos	284	21,67	39,94	
	centros rurales	46	22,20	27,41	
	Total	447	20,02	33,61	
RECIBIR AYUDA	muestrales	94	7,88	2,75	7,642 .000
	puma	25	7,08	3,68	
	centros urbanos	288	8,83	2,14	

	centros rurales	49	9,06	2,23	
	Total	456	8,56	2,44	
DAR AYUDA	muestrales	94	5,65	2,80	3,982 ,008
	puma	25	7,24	2,40	
	centros urbanos	287	6,55	2,72	
	centros rurales	48	5,85	2,76	
	Total	454	6,33	2,75	
CONDUCTA PROSOCIAL	muestrales	94	3,96	1,32	ns
	puma	25	3,88	1,56	
	centros urbanos	288	4,11	1,41	
	centros rurales	49	4,12	,88	
	Total	456	4,07	1,35	

- **Variables relacionadas con relaciones familiares, sociales y de confianza por edad.** En la tabla 6.30 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.

❖ La edad no diferencia a los sujetos en sus relaciones sociales.

TABLA 6.30

	EDADAGRU	N	Media	Desviación típ.	t significación
RED FAMILIAR: RELSOC	55-64	134	10,78	2,97	Ns
	65-75	322	10,85	3,13	
RED AMIGOS: RELSOC	55-64	131	21,07	53,15	Ns
	65-75	316	19,58	20,81	
RECIBIR AYUDA	55-64	134	8,31	2,72	Ns
	65-75	322	8,67	2,32	
DAR AYUDA	55-64	133	6,71	2,31	Ns
	65-75	321	6,17	2,90	
CONDUCTA PROSOCIAL	55-64	134	3,97	1,37	Ns
	65-75	322	4,11	1,34	

- **Variables relacionadas con relaciones familiares, sociales y de confianza por género.** En la tabla 6.31 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.

❖ **Red familiar.** Los varones manifiestan de media verse o tener noticias con más personas de la familia que las mujeres ($t= 1,999$; $p<.046$)

❖ **Red amigos.** También en esta variable son los varones los que manifiestan tener una mayor red de amigos ($t= 1,912$; $p=.05$).

❖ **Conducta prosocial.** Sin embargo, en cuanto a la conducta prosocial, son las mujeres las que afirman tenerla con mayor frecuencia ($t= -2,371$; $p<.018$).

- ❖ En cuanto a la frecuencia de los entrevistados en **recibir y dar ayuda** no existen diferencias por género.

TABLA 6.31

	Género	N	Media	Desviación típ.	t significación
RED FAMILIAR: RELSOC	VARÓN	169	11,20	3,21	1,999
	MUJER	287	10,61	2,98	,046
RED AMIGOS: RELSOC	VARÓN	165	23,98	50,08	1,912
	MUJER	282	17,70	17,75	,05
RECIBIR AYUDA	VARÓN	169	8,44	2,61	
	MUJER	287	8,64	2,34	ns
DAR AYUDA	VARÓN	167	5,90	2,75	
	MUJER	287	6,57	2,73	ns
CONDUCTA PROSOCIAL	VARÓN	169	3,88	1,31	-2,371
	MUJER	287	4,18	1,36	,018

- **Variables relacionadas con relaciones familiares, sociales y de confianza por ingresos.** En la tabla 6.32 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc mediante tukey. de dichas variables.
 - ❖ **Recibir ayuda.** Los ingresos mensuales percibidos por los sujetos han discriminado en cuanto a la cantidad de personas que tienen para pedir ayuda. Así, son los sujetos que tienen mayores ingresos, los que con menor frecuencia reciben apoyo emocional ($F=2,562$; $p<.014$).
 - ❖ **Dar ayuda.** En cuanto a la percepción que tienen los sujetos de que alguien cuenta con ellos cuando tiene problemas, los que ganan entre 451 y 600€ son los que menos los perciben ($F=5,351$; $p<.000$).
 - ❖ El nivel de ingresos percibido no ha discriminado al resto de las variables relacionadas con las relaciones sociales

TABLA 6.32

		N	Media	Desviación típica	F significación y tukey
RED FAMILIAR: RELSOC (1+2+3+4+5)	Hasta 450€	15	10,27	3,15	
	451-600€	36	12,00	2,62	
	601-900€	84	11,02	3,30	

	901-1200€	67	10,60	3,19	
	1201-1600€	50	10,84	2,92	
	1601-2100€	50	10,42	3,12	
	2101-2700€	20	10,80	3,24	
	más de 2700€	31	10,52	3,02	Ns
	Total	353	10,84	3,10	
RED AMIGOS: RELSOC(6 + 6B + 7)	Hasta 450€	15	16,60	19,60	
	451-600€	36	26,25	22,10	
	601-900€	82	18,15	23,68	
	901-1200€	63	21,48	25,79	
	1201-1600€	48	19,23	14,42	
	1601-2100€	50	25,90	84,04	
	2101-2700€	20	17,43	13,14	
	más de 2700€	30	17,88	10,77	Ns
	Total	344	20,75	37,23	
RECIBIR AYUDA	Hasta 450€	15	9,00	2,00	2,562
	451-600€	36	8,31	2,20	.014
	601-900€	84	8,75	2,14	
	901-1200€	67	8,57	2,82	
	1201-1600€	50	9,16	1,90	
	1601-2100€	50	8,24	2,92	
	2101-2700€	20	8,35	2,25	
	más de 2700€	31	6,97	3,02	
	Total	353	8,49	2,50	8-3; 8-5
DAR AYUDA	Hasta 450€	15	7,60	2,75	5,351
	451-600€	36	4,14	2,61	.000
	601-900€	84	6,56	2,61	
	901-1200€	67	6,27	2,81	
	1201-1600€	50	6,84	2,83	
	1601-2100€	48	6,77	2,64	
	2101-2700€	20	7,00	2,45	
	más de 2700€	31	5,29	2,36	
	Total	351	6,28	2,78	2-1; 2-3; 2-4; 2-5; 2-6; 2-7;
CONDUCTA PROSOCIAL	Hasta 450€	15	4,47	1,25	
	451-600€	36	4,00	1,39	
	601-900€	84	4,01	1,37	
	901-1200€	67	3,90	1,35	
	1201-1600€	50	4,26	1,35	
	1601-2100€	50	4,12	1,42	
	2101-2700€	20	4,40	1,27	
	más de 2700€	31	4,00	1,13	ns
	Total	353	4,08	1,34	

- **Variables relacionadas con relaciones familiares, sociales y de confianza por nivel de educación.** En la tabla 6.33 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc mediante tukey. de dichas variables.

- ❖ **Recibir ayuda.** Conforme aumenta el nivel de educación, disminuye la frecuencia de apoyo emocional recibido por los sujetos ($F= 5,423$; $p<.000$).
- ❖ El nivel de educación no ha discriminado a los sujetos en ninguna de las restantes variables relativas a las relaciones sociales.

TABLA 6.33

		N	Media	Desviación típica	F significación y tukey
RED FAMILIAR: RELSOC	sin educación formal	96	11,18	3,18	ns
	primaria	188	10,98	3,02	
	secundaria	62	10,48	2,53	
	superior	53	10,66	3,35	
	universitaria	56	10,30	3,39	
	Total	455	10,83	3,08	
RED AMIGOS: RELSOC	sin educación formal	93	18,63	23,18	ns
	primaria	184	21,34	46,61	
	secundaria	61	21,11	21,34	
	superior	53	16,90	14,51	
	universitaria	55	19,93	17,98	
	Total	446	20,04	33,65	
RECIBIR AYUDA	sin educación formal	96	8,98	1,97	5,423 .000 5-1; 5-2
	primaria	188	8,87	2,13	
	secundaria	62	8,29	2,56	
	superior	53	8,28	2,87	
	universitaria	56	7,36	3,13	
	Total	455	8,56	2,45	
DAR AYUDA	sin educación formal	96	6,14	2,74	ns
	primaria	187	6,59	2,72	
	secundaria	62	5,81	2,90	
	superior	52	6,38	2,69	
	universitaria	56	6,25	2,76	
	Total	453	6,32	2,75	
CONDUCTA PROSOCIAL	sin educación formal	96	3,96	1,31	ns
	primaria	188	4,06	1,31	
	secundaria	62	4,27	1,30	
	superior	53	3,92	1,45	
	universitaria	56	4,18	1,50	
	Total	455	4,07	1,35	

- **Variables de personalidad por contexto.** En la tabla 6.34 se muestran la media, desviación típica, estadístico F, significación y contraste post hoc mediante tukey. de dichas variables.

- ❖ **Neuroticismo.** Las personas seleccionadas de centros urbanos han puntuado significativamente más alto en la escala de neuroticismo que las muestrales ($F=3,141$; $p<.025$).
- ❖ **Extroversión.** Los sujetos seleccionados de centros urbanos y rurales son más extrovertidos que los seleccionados del programa universitario de mayores PUMA ($F=5,01$; $p<.002$).
- ❖ **Apertura.** Los participantes seleccionados de centros rurales son los que menores puntuaciones han alcanzado en apertura a la experiencia ($F= 8,632$; $p<.000$).
- ❖ **Cordialidad.** Los sujetos seleccionados de centros rurales o urbanos son más cordiales que los del programa PUMA o los muestrales ($F= 9,609$; $p<.000$).
- ❖ **Responsabilidad.** Los sujetos del programa PUMA son más responsables que los de centros rurales y urbanos ($F= 2,116$; $p<.003$).

TABLA 6.34

		N	Media	Desviación típica	F	Significación y tukey
NEUROTICISMO	muestrales	94	16,45	7,50	3,141	,025
	puma	24	19,38	6,87		
	centros urbanos	286	19,39	8,73		
	centros rurales	49	17,80	8,46		
	Total	453	18,61	8,44		
EXTROVERSIÓN	muestrales	93	28,25	7,03	5,010	,002
	puma	24	24,54	8,16		
	centros urbanos	287	30,09	7,92		
	centros rurales	49	30,55	7,36		
	Total	453	29,47	7,80		
APERTURA	muestrales	94	24,62	7,15	8,632	,000
	puma	23	28,74	7,68		
	centros urbanos	283	24,33	6,93		
	centros rurales	49	20,29	6,11		
	Total	449	24,17	7,11		
CORDIALIDAD	muestrales	92	33,88	6,40	9,609	,000
	puma	25	32,36	7,94		
	centros urbanos	283	36,92	5,48		
	centros rurales	49	36,61	6,09		
	Total	449	35,94	6,11		

Total		449	36,01	6,07		1-3; 1-4; 2-3; 2-4
RESPONSABILIDAD	muestrales	92	34,46	7,17	2,116	.003
	puma	25	30,68	7,81		
	centros urbanos	286	33,91	6,82		
	centros rurales	49	34,51	6,75		
	Total	452	33,91	6,97		

- **Variables de personalidad por edad.** En la tabla 6.35 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.
 - ❖ **Cordialidad.** Los mayores han puntuado significativamente más alto en cordialidad que los jóvenes ($t = -6,93$; $p < .000$).
 - ❖ La edad no ha discriminado en ninguna otra variable de personalidad.

TABLA 6.35

	EDADAGRU	N	Media	Desviación típ.	t significación
NEUROTICISMO	55-64	133	18,30	7,89	ns
	65-75	320	18,73	8,66	
EXTROVERSIÓN	55-64	134	29,16	7,72	ns
	65-75	319	29,60	7,84	
APERTURA	55-64	130	24,46	6,93	ns
	65-75	319	24,05	7,19	
CORDIALIDAD	55-64	132	33,98	6,29	-4,671 .000
	65-75	317	36,85	5,78	
RESPONSABILIDAD	55-64	133	34,28	7,05	ns
	65-75	319	33,76	6,94	

- **Variables de personalidad por género.** En la tabla 6.36 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.
 - ❖ **Neuroticismo.** Como ya se ha comprobado en otras investigaciones, las mujeres son más neuróticas que los hombres ($t = -6,970$; $p < .000$).
 - ❖ **Cordialidad.** Asimismo, las mujeres son más cordiales que los hombres ($t = -2,425$; $p < .016$).
 - ❖ No existen diferencias ni en extroversión, ni en apertura ni en responsabilidad debidas al género de los sujetos.

TABLA 6.36

	Género	N	Media	Desviación típ.	t significación
NEUROTICISMO	VARÓN	169	15,20	7,00	-6,970 .000
	MUJER	284	20,63	8,57	

EXTROVERSIÓN	VARÓN	169	29,36	7,75	ns
	MUJER	284	29,54	7,84	
APERTURA	VARÓN	165	23,97	7,60	ns
	MUJER	284	24,29	6,82	
CORDIALIDAD	VARÓN	167	35,11	6,17	-2,425 ,016
	MUJER	282	36,54	5,96	
RESPONSABILIDAD	VARÓN	169	34,60	6,96	ns
	MUJER	283	33,49	6,95	

- **Variables de personalidad por ingresos.** En la tabla 6.37 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey. de dichas variables.

- ❖ **Neuroticismo.** Las personas con menos ingresos puntúan más alto en neuroticismo que las que más ingresos al mes perciben. Las diferencias son significativas entre los que ganan entre 451 y 600€ al mes y las que ganan más de 2700€ (F= 2,236; p<.031)
- ❖ **Cordialidad.** Los que ganan entre 601-900€ son significativamente más cordiales que los que ganan más de 2000€ (F= 2,324; p<.025).
- ❖ **Extroversión, Apertura y Responsabilidad.** No existen diferencias en estas variables de personalidad en función de los ingresos que perciben al mes los sujetos.

TABLA 6.37

		N	Media	Desviación típica	F significación y tukey
NEUROTICISMO	hasta 450€	15	20,47	8,80	2,236 .031
	451-600€	35	20,80	9,94	
	601-900€	84	19,69	9,19	
	901-1200€	66	17,76	7,58	
	1201-1600€	49	19,02	8,71	
	1601-2100€	50	17,32	7,76	
	2101-2700€	20	17,40	7,26	
	más de 2700€	31	14,06	7,15	
	Total	350	18,41	8,54	
EXTROVERSIÓN	hasta 450€	15	32,93	6,87	
	451-600€	36	30,92	7,62	
	601-900€	84	29,77	8,07	
	901-1200€	67	29,04	7,96	
	1201-1600€	50	28,74	7,81	
	1601-2100€	49	28,82	8,51	

	2101-2700€	20	30,30	6,17	
	más de 2700€	30	28,27	8,46	ns
	Total	351	29,51	7,91	
APERTURA	hasta 450€	15	24,07	7,60	
	451-600€	36	22,42	6,63	
	601-900€	83	23,19	7,50	
	901-1200€	65	22,97	6,99	
	1201-1600€	49	24,94	8,57	
	1601-2100€	49	24,88	6,94	
	2101-2700€	20	27,00	7,93	
	más de 2700€	31	26,65	6,73	ns
	Total	348	24,12	7,43	
CORDIALIDAD	hasta 450€	15	35,47	6,83	2,324
	451-600€	35	37,43	5,40	.025
	601-900€	84	36,99	6,12	
	901-1200€	66	36,32	5,63	
	1201-1600€	50	35,84	7,01	
	1601-2100€	48	36,38	4,80	
	2101-2700€	20	33,00	7,87	
	más de 2700€	30	33,03	6,95	3-8; 3-7
	Total	348	36,02	6,24	
RESPONSABILIDAD	hasta 450€	15	30,80	11,09	
	451-600€	34	31,74	8,43	
	601-900€	83	33,06	6,33	
	901-1200€	67	34,57	6,48	
	1201-1600€	50	34,50	6,62	
	1601-2100€	50	35,02	6,73	
	2101-2700€	20	35,10	6,44	
	más de 2700€	31	34,13	8,67	ns
	Total	350	33,82	7,19	

- **Variables de personalidad por nivel de educación.** En la tabla 6.38 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.
 - ❖ **Neuroticismo.** Los sujetos sin educación formal tienen puntuaciones significativamente superiores a los universitarios en neuroticismo ($F=3,036$; $p<.017$).
 - ❖ **Apertura.** Asimismo, los sujetos sin educación formal puntúan significativamente menos en apertura a la experiencia que los que han alcanzado la enseñanza secundaria, estudios superiores o universitarios. ($F= 9,917$; $p<.000$).

- ❖ **Cordialidad.** Los universitarios han puntuado significativamente más alto en cordialidad que los que no tienen educación formal, o los que tienen estudios primarios o secundarios ($F= 7,593$; $p<.000$).
- ❖ No se han encontrado diferencias significativas ni en extroversión ni en responsabilidad en función del nivel de educación

TABLA 6.38

		N	Media	DT	F significación y tukey
NEUROTICISMO	sin educación formal	95	20,59	10,24	3,036 .017 1-4
	primaria	187	19,06	7,99	
	secundaria	61	17,21	7,26	
	superior	53	16,62	6,91	
	universitaria	56	17,20	8,43	
	Total	452	18,62	8,44	
EXTROVERSIÓN	sin educación formal	96	29,54	7,01	ns
	primaria	186	29,95	7,96	
	secundaria	61	30,75	8,08	
	superior	53	27,23	7,57	
	universitaria	56	28,59	8,23	
	Total	452	29,48	7,80	
APERTURA	sin educación formal	96	21,33	6,76	9,917 .000 1-3; 1-4; 1-5
	primaria	185	23,57	6,39	
	secundaria	61	25,89	7,71	
	superior	52	25,60	7,67	
	universitaria	54	27,85	6,60	
	Total	448	24,16	7,11	
CORDIALIDAD	sin educación formal	95	36,94	5,20	7,593 .000 5-1; 5-2; 5-3
	primaria	184	36,94	5,80	
	secundaria	61	36,05	5,46	
	superior	52	35,06	6,11	
	universitaria	56	32,30	7,42	
	Total	448	36,02	6,07	
RESPONSABILIDAD	sin educación formal	95	34,04	6,05	ns
	primaria	187	34,21	6,81	
	secundaria	61	33,20	7,66	
	superior	52	33,52	6,97	
	universitaria	56	33,68	8,20	
	Total	451	33,89	6,97	

- **Variables de salud por contexto.** En la tabla 6.39 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.

- ❖ **Percepción de salud.** Los sujetos seleccionados del grupo PUMA y los muestrales manifiestan significativamente mejor percepción de salud que los seleccionados de centros rurales o urbanos ($F= 8,362$; $P<.000$)
- ❖ **Percepción de visión.** Los sujetos seleccionados de centros rurales son los que peor percepción de visión tienen ($F= 4,32$; $p<.005$).
- ❖ El contexto no ha discriminado a los sujetos ni en la percepción de forma física ni en la percepción de audición de los mismos.

TABLA 6.39

		N	Media	Desviación típica	F significación y Tukey
Percepción de salud (1+ 2 + 3)	muestrales	93	9,88	1,87	8,362 ,000 1-2; 2-3; 1-4; 2-4
	puma	25	10,40	1,38	
	centros urbanos	288	9,20	1,92	
	centros rurales	49	8,61	1,66	
	Total	455	9,34	1,91	
valoración de fitness (forma, fuerza, flexi....)	muestrales	94	15,19	2,73	ns
	puma	25	15,20	1,80	
	centros urbanos	287	14,67	3,00	
	centros rurales	49	14,04	2,36	
	Total	455	14,74	2,84	
En general ¿cómo diría Vd. que oye?	muestrales	93	3,13	,58	ns
	puma	25	3,12	,78	
	centros urbanos	288	2,96	,73	
	centros rurales	49	2,98	,56	
	Total	455	3,00	,69	
Cuando utiliza gafas o lentillas. diría que su vista es:	muestrales	88	3,32	,54	4,320 ,005
	puma	24	3,33	,48	
	centros urbanos	262	3,13	,67	
	centros rurales	42	2,95	,49	
	Total	416	3,16	,63	

- **Variables de salud por edad.** En la tabla 6.40 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.
 - ❖ La edad no ha discriminado a los sujetos en ninguna variable de salud

TABLA 6.40

	EDADAGRU	N	Media	DT.	t significación
Percepción de salud (1+ 2 + 3)	55-64	133	9,43	1,90	ns
	65-75	322	9,31	1,91	
valoración de fitness (forma, fuerza, flexi....)	55-64	134	14,63	2,72	ns
	65-75	321	14,78	2,89	
En general ¿cómo diría Vd. que oye?	55-64	133	3,07	,64	ns
	65-75	322	2,98	,71	
Cuando utiliza gafas o lentillas. diría que su vista es:	55-64	123	3,11	,56	ns
	65-75	293	3,18	,65	

- **Variables de salud por género.** En la tabla 6.41 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.
 - ❖ **Percepción de salud.** Los hombres tienen significativamente mejor percepción de salud que las mujeres (F= 3,034; p<.003).
 - ❖ No hay diferencias en función del género en el resto de variables de salud.

TABLA 6.41

	Género	N	Media	Desviación tip.	t significación
Percepción de salud (1+ 2 + 3)	VARÓN	169	9,69	1,79	3,034
	MUJER	286	9,14	1,94	.003
valoración de fitness (forma, fuerza, flexi....)	VARÓN	169	14,95	2,68	ns
	MUJER	286	14,61	2,92	
En general ¿cómo diría Vd. que oye?	VARÓN	169	2,98	,61	ns
	MUJER	286	3,02	,73	
Cuando utiliza gafas o lentillas. diría que su vista es:	VARÓN	152	3,16	,52	ns
	MUJER	264	3,16	,68	

- **Variables de salud por ingresos.** En la tabla 6.42 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.

- ❖ **Percepción de salud.** Los sujetos que ganan más de 2100 € al mes tienen mejor percepción de salud que los que ganan entre 451 y 1200€. (F=3,561; p<.001).
- ❖ **Percepción de visión.** Los sujetos que ganan entre 451 y 600€ tienen peor percepción de su visión que los que ganan entre 1600 y 2700€ (F= 2,277; p<.028)
- ❖ No hay diferencias en función de los ingresos ni en la percepción de forma física ni en la percepción de la capacidad auditiva de los sujetos.

TABLA 6.42

		N	Media	Desviación típica	F significación y tukey
Percepción de salud (1+ 2 + 3)	Hasta 450€	15	9,07	2,25	3,561 .001 2-7; 2-8; 3-8; 4-8
	451-600€	36	8,61	1,64	
	601-900€	84	9,11	2,12	
	901-1200€	66	9,17	1,75	
	1201-1600€	50	9,66	2,06	
	1601-2100€	50	9,44	1,58	
	2101-2700€	20	10,30	1,92	
	más de 2700€	31	10,42	1,36	
	Total	352	9,38	1,91	
valoración de fitness (forma, fuerza, flexi....)	Hasta 450€	15	14,33	3,81	ns
	451-600€	36	13,83	2,75	
	601-900€	83	14,65	2,63	
	901-1200€	67	14,87	2,37	
	1201-1600€	50	14,78	3,28	
	1601-2100€	50	14,78	2,70	
	2101-2700€	20	15,45	2,91	
	más de 2700€	31	14,77	2,50	
	Total	352	14,69	2,77	
En general ¿cómo diría Vd. que oye?	Hasta 450€	15	2,80	,94	ns
	451-600€	36	2,94	,67	
	601-900€	84	2,95	,73	
	901-1200€	67	2,99	,62	
	1201-1600€	50	3,26	,49	
	1601-2100€	50	3,08	,70	
	2101-2700€	19	3,11	,66	
	más de 2700€	31	3,10	,75	
	Total	352	3,03	,68	
Cuando utiliza gafas o lentillas. diría que su vista es:	Hasta 450€	12	3,25	,62	2,277
	451-600€	32	2,88	,66	.028

601-900€	76	3,18	,67
901-1200€	61	3,15	,57
1201-1600€	45	3,29	,59
1601-2100€	47	3,36	,53
2101-2700€	18	3,33	,49
más de 2700€	29	3,21	,41
Total	320	3,20	,60

2-6; 2-7

- **Variables de salud por nivel de educación.** En la tabla 6.43 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.
 - ❖ **Percepción de salud.** Los participantes sin educación formal tienen significativamente peor percepción de salud que los de educación superior y universitaria ($F= 4,878$; $p<.001$).
 - ❖ **Percepción de capacidad auditiva.** Igualmente, son los sujetos sin educación formal los que manifiestan peor capacidad auditiva. Esta diferencia se hace significativa cuando se comparan con los sujetos que han alcanzado la secundaria ($F= 3,362$; $p<.010$)
 - ❖ **Percepción capacidad visual.** Nuevamente son los sujetos sin educación formal los que peor puntuación obtienen en la percepción de su capacidad visual. Del mismo modo que con la medida de capacidad auditiva, la diferencia se hace significativa cuando se comparan con los sujetos que han alcanzado la secundaria ($F= 2,829$; $p<.025$)

TABLA 6.43

		N	Media	Desviación típica	F	Significación y tukey
Percepción de salud (1+ 2 + 3)	sin educación formal	96	8,83	1,86	4,878	,001
	primaria	188	9,24	1,90		
	secundaria	61	9,31	1,95		
	superior	53	10,06	1,62		
	universitaria	56	9,84	1,86		
	Total	454	9,33	1,90		
valoración de fitness (forma, fuerza, flexi....)	sin educación formal	96	14,10	2,89		ns
	primaria	188	14,73	2,86		
	secundaria	61	14,95	2,81		
	superior	53	15,21	2,65		
	universitaria	56	15,13	2,78		
	Total	454	14,73	2,84		

En general ¿cómo diría Vd. que oye?	sin educación formal	96	2,80	,73	3,362	,010
	primaria	188	3,02	,62		
	secundaria	62	3,18	,64		
	superior	53	3,04	,76		
	universitaria	55	3,09	,75		
	Total	454	3,00	,69		1-3
Cuando utiliza gafas o lentillas. diría que su vista es:	sin educación formal	86	3,00	,69	2,829	,025
	primaria	174	3,17	,63		
	secundaria	55	3,31	,60		
	superior	51	3,29	,54		
	universitaria	50	3,14	,57		
	Total	416	3,16	,63		1-3

- **Hábitos conductuales en función del contexto.** En la tabla 6.44 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.
 - ❖ **Actividad física.** Los sujetos seleccionados de los centros urbanos y PUMA realizan más actividad física que los muestrales y de centros rurales ($F = 4,630$; $p < .003$).
 - ❖ **Hábito de consumo de alcohol.** Los sujetos seleccionados del programa PUMA y los muestrales beben habitualmente más que los seleccionados de centros rurales y urbanos ($F = 11,354$; $p < .000$)
 - ❖ **Bebe semanalmente.** Los muestrales manifiestan significativamente beber más alcohol semanalmente que los de centros urbanos. ($F = 3,588$; $p < .014$)
 - ❖ **Comidas completas al día.** Los sujetos de los centros urbanos consumen menos comidas completas diariamente que los muestrales y los de centros rurales ($F = 9,314$; $p < .000$).
 - ❖ **Vasos de agua ingeridos diariamente.** Los sujetos de los centros rurales toman significativamente más vasos de agua al día que los PUMA y que los de centros urbanos ($F = 3,664$; $p < .012$)
 - ❖ **Vasos de otros líquidos diariamente.** Sin embargo los sujetos de los centros rurales toman significativamente menos vasos de otros líquidos al día que los muestrales o los de centros urbanos ($F = 3,729$; $p < .011$).

- ❖ **Cucharadas de aceite que toma al día.** Los participantes de los centros rurales toman significativamente menos aceite al día que los de centros urbanos ($F=3,319$; $p<.02$).

TABLA 6.44

		N	Media	Desviación típica	F	Significación y Tukey
¿Cómo describiría su actividad física en su vida diaria durante el último año?:	muestrales	94	3,60	1,18	4,630	,003
	puma	25	3,90	1,01		
	centros urbanos	286	3,85	1,01		
	centros rurales	49	3,29	1,18		
	Total	454	3,74	1,08		
BEBEHABI	muestrales	94	1,08	,79	11,354	,000
	puma	25	1,03	,87		
	centros urbanos	288	,60	,70		
	centros rurales	49	,60	,87		
	Total	456	,72	,77		
BEBESEMA	muestrales	94	1,23	1,42	3,588	,014
	puma	25	,90	,89		
	centros urbanos	286	,72	1,30		
	centros rurales	49	1,03	1,80		
	Total	454	,87	1,38		
¿Cuántas veces come al día?	muestrales	94	3,38	,77		ns
	puma	25	3,32	,90		
	centros urbanos	288	3,56	,80		
	centros rurales	49	3,55	,87		
	Total	456	3,51	,81		
¿Cuántas comidas completas toma al día?	muestrales	94	1,83	,78	9,314	,000
	puma	25	1,76	,52		
	centros urbanos	288	1,47	,67		
	centros rurales	49	1,82	,44		
	Total	456	1,60	,69		
¿Cuántos vasos de agua toma al día?	muestrales	94	5,56	2,96	3,664	,012
	puma	25	4,60	2,72		
	centros urbanos	288	5,23	2,67		
	centros rurales	49	6,49	3,02		
	Total	456	5,40	2,80		
¿Cuántos vasos de otros líquidos toma al día?	muestrales	94	2,25	1,68	3,729	,011
	puma	25	1,88	1,13		
	centros urbanos	288	2,24	1,36		
	centros rurales	49	1,53	1,65		

	Total	456	2,14	1,47		1-4; 3-4
¿Cuánto aceite toma al día? (cucharadas)	muestrales	93	2,78	1,29	3,319	,020
	puma	25	3,04	1,37		
	centros urbanos	276	2,85	1,31		
	centros rurales	49	2,28	,55		
	Total	443	2,78	1,26		4-3

- **Hábitos conductuales en función de la edad.** En la tabla 6.45 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.
 - ❖ **Hábito de consumo de alcohol.** Los jóvenes afirman consumir habitualmente más alcohol que los mayores ($t= 2,551$; $p<.011$).
 - ❖ **Comidas completas al día.** También los jóvenes manifiestan tomar más comidas completas al día que los mayores ($t= 3,664$; $p<.000$).
 - ❖ **Vasos de otros líquidos consumidos diariamente.** También los jóvenes beben significativamente más otros líquidos (distintos al agua) que los mayores ($t= 1,985$; $p<.048$).
 - ❖ No hay diferencias significativas en función de la edad ni en las cucharadas de aceite que ingieren, ni en el consumo semanal de bebidas alcohólicas, ni en las veces que comen al día.

TABLA 6.45

	EDADAGRU	N	Media	Desviación típ.	t significación
¿Cómo describiría su actividad física en su vida diaria durante el último año?:	55-64	134	3,66	1,13	
	65-75	320	3,78	1,06	ns
BEBEHABI	55-64	134	,87	,82	2,551
	65-75	322	,66	,75	,011
BEBESEMA	55-64	133	1,01	1,57	
	65-75	321	,81	1,29	ns
¿Cuántas veces come al día?	55-64	134	3,59	,88	
	65-75	322	3,48	,78	ns
¿Cuántas comidas completas toma al día?	55-64	134	1,78	,64	3,664
	65-75	322	1,52	,69	,000
¿Cuántos vasos de agua toma al día?	55-64	134	5,74	3,16	
	65-75	322	5,26	2,63	ns

¿Cuántos vasos de otros líquidos toma al día?	55-64	134	2,35	1,32	1,985
	65-75	322	2,06	1,52	,048
¿Cuánto aceite toma al día? (cucharadas)	55-64	132	2,88	1,29	
	65-75	311	2,74	1,25	ns

- **Hábitos conductuales en función del género.** En la tabla 6.46 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.
 - ❖ **Hábito de consumo de alcohol.** Los hombres manifiestan beber más alcohol tanto habitualmente como semanalmente que las mujeres (respectivamente $t= 9,4$ y $10,295$; $p<.000$)
 - ❖ **Veces que come al día.** Las mujeres comen de media más veces al día que los hombres ($t=-5,695$; $p<.000$).
 - ❖ **Comidas completas que consume al día.** Los hombres toman más comidas completas al día que las mujeres ($t=3,159$; $p<.002$).
 - ❖ **Vasos de otros líquidos al día.** Los hombres beben al día más líquidos distintos al agua que las mujeres ($t= -1,973$; $p<.049$).
 - ❖ No hay diferencias con respecto al género ni en la forma física, ni en el número de vasos de agua, ni en las cucharadas de aceite que toman.

TABLA 6.46

	Género	N	Media	DT	t significación
¿Cómo describiría su actividad física en su vida diaria durante el último año?:	VARÓN	167	3,67	1,13	
	MUJER	287	3,79	1,05	ns
BEBEHABI	VARÓN	169	1,13	,83	9,409
	MUJER	287	,48	,63	.000
BEBESEMA	VARÓN	169	1,65	1,80	10,295
	MUJER	285	,40	,74	.000
¿Cuántas veces come al día?	VARÓN	169	3,24	,67	-5,695
	MUJER	287	3,67	,84	.000
¿Cuántas comidas completas toma al día?	VARÓN	169	1,73	,62	3,159
	MUJER	287	1,52	,71	.002

¿Cuántos vasos de agua toma al día?	VARÓN	169	5,48	3,03	ns
	MUJER	287	5,36	2,66	
¿Cuántos vasos de otros líquidos toma al día?	VARÓN	169	1,97	1,54	-1,973
	MUJER	287	2,25	1,42	.049
¿Cuánto aceite toma al día? (cucharadas)	VARÓN	158	2,85	1,39	ns
	MUJER	285	2,75	1,18	

- **Hábitos conductuales en función de los ingresos.** En la tabla 6.47 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.
 - ❖ **Hábito de consumo de alcohol.** Las personas con mayores ingresos son las que más alcohol consumen ($F=2,087$; $p<.048$).
 - ❖ No se han encontrado diferencias significativas en ninguna de las restantes variables relativas a los hábitos conductuales en función de los ingresos.

TABLA 6.47

		N	Media	Desviación típica	F significación y tukey
¿Cómo describiría su actividad física en su vida diaria durante el último año?:	hasta 450€	15	3,81	1,04	ns
	451-600€	36	3,52	1,14	
	601-900€	83	3,96	,90	
	901-1200€	66	3,73	1,16	
	1201-1600€	50	3,69	1,08	
	1601-2100€	50	3,53	1,17	
	2101-2700€	20	4,01	,85	
	Más de 2700€	31	3,60	1,38	
	Total	351	3,74	1,10	
BEBEHABI	hasta 450€	15	,52	,87	2,087 .044
	451-600€	36	,69	,76	
	601-900€	84	,54	,71	
	901-1200€	67	,79	,84	
	1201-1600€	50	,74	,71	
	1601-2100€	50	,94	,83	
	2101-2700€	20	,91	,97	
	más de 2700€	31	1,00	,81	
	Total	353	,75	,80	
BEBESEMA	hasta 450€	15	1,03	2,41	
	451-600€	36	,99	1,52	

	601-900€	84	,63	1,19	
	901-1200€	66	1,02	1,60	
	1201-1600€	50	1,16	1,59	
	1601-2100€	50	1,01	1,38	
	2101-2700€	20	,72	,98	
	más de 2700€	31	1,05	1,40	ns
	Total	352	,93	1,47	
¿Cuántas veces come al día?	hasta 450€	15	3,43	,82	
	451-600€	36	3,65	,84	
	601-900€	84	3,63	,77	
	901-1200€	67	3,42	,77	
	1201-1600€	50	3,51	,81	
	1601-2100€	50	3,34	,75	
	2101-2700€	20	3,40	1,10	
	más de 2700€	31	3,61	,88	ns
	Total	353	3,51	,81	
¿Cuántas comidas completas toma al día?	hasta 450€	15	1,27	,80	
	451-600€	36	1,56	,65	
	601-900€	84	1,54	,65	
	901-1200€	67	1,56	,68	
	1201-1600€	50	1,64	,56	
	1601-2100€	50	1,74	,60	
	2101-2700€	20	1,75	,79	
	más de 2700€	31	1,81	,87	ns
	Total	353	1,61	,68	
¿Cuántos vasos de agua toma al día?	hasta 450€	15	5,67	2,58	
	451-600€	36	5,50	2,84	
	601-900€	84	5,66	2,93	
	901-1200€	67	5,60	3,17	
	1201-1600€	50	5,11	2,65	
	1601-2100€	50	5,02	2,79	
	2101-2700€	20	6,48	3,31	
	más de 2700€	31	5,84	2,79	ns
	Total	353	5,53	2,90	
¿Cuántos vasos de otros líquidos toma al día?	hasta 450€	15	1,73	,96	
	451-600€	36	2,03	1,36	
	601-900€	84	1,86	1,26	
	901-1200€	67	2,17	1,68	
	1201-1600€	50	2,75	1,87	
	1601-2100€	50	2,23	1,33	
	2101-2700€	20	2,30	1,83	
	más de 2700€	31	2,11	1,33	ns
	Total	353	2,16	1,51	
¿Cuánto aceite toma al día? (cucharadas)	hasta 450€	14	2,93	1,58	
	451-600€	36	2,44	,84	
	601-900€	78	2,81	1,35	
	901-1200€	66	2,57	1,09	
	1201-1600€	48	2,94	1,30	
	1601-2100€	49	2,81	1,22	
	2101-2700€	20	2,73	1,39	

más de 2700€	31	2,34	1,16	ns
Total	342	2,70	1,23	

- **Hábitos conductuales en función del nivel de educación.** En la tabla 6.48 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.
 - ❖ **Hábito de consumo de alcohol.** Los universitarios y de educación superior manifiestan beber habitualmente en mayor medida que los que no tienen educación formal o que solo han alcanzado la primaria (F= 5,266; $p<.000$).
 - ❖ **Comidas completas diarias.** Asimismo, los sujetos con educación superior afirman consumir más comidas completas diariamente que los que no tienen estudios formales o solo tienen la primaria (F=3,054; $p<.017$).

TABLA 6.48

		N	Media	Desviación típica	F significación y tukey
¿Cómo describiría su actividad física en su vida diaria durante el último año?:	sin educación formal	95	3,69	1,13	ns
	primaria	188	3,79	,99	
	secundaria	62	3,86	1,10	
	superior	52	3,66	1,09	
	universitaria	56	3,62	1,26	
	Total	453	3,75	1,08	
BEBEHABI	sin educación formal	96	,55	,75	5,266 .000 1-4; 1-5; 2-5
	primaria	188	,66	,76	
	secundaria	62	,74	,71	
	superior	53	,94	,87	
	universitaria	56	1,04	,73	
	Total	455	,72	,77	
BEBESEMA	sin educación formal	96	,99	1,84	ns
	primaria	188	,77	1,21	
	secundaria	62	,75	1,22	
	superior	52	,85	,99	
	universitaria	55	1,17	1,49	
	Total	453	,87	1,38	
¿Cuántas veces come al día?	sin educación formal	96	3,43	,81	ns
	primaria	188	3,59	,83	
	secundaria	62	3,62	,83	
	superior	53	3,37	,79	
	universitaria	56	3,41	,71	
	Total	453	3,43	,81	

	Total	455	3,51	,81	
¿Cuántas comidas completas toma al día?	sin educación formal	96	1,53	,67	3,054
	primaria	188	1,54	,70	.017
	secundaria	62	1,69	,65	
	superior	53	1,87	,71	
	universitaria	56	1,57	,63	
	Total	455	1,60	,69	1-4; 2-4
¿Cuántos vasos de agua toma al día?	sin educación formal	96	5,88	2,79	
	primaria	188	5,17	2,80	
	secundaria	62	5,15	2,65	
	superior	53	5,70	3,07	
	universitaria	56	5,33	2,67	ns
	Total	455	5,40	2,80	
¿Cuántos vasos de otros líquidos toma al día?	sin educación formal	96	1,84	1,52	
	primaria	188	2,19	1,38	
	secundaria	62	2,35	1,75	
	superior	53	2,13	1,46	
	universitaria	56	2,28	1,31	ns
	Total	455	2,14	1,47	
¿Cuánto aceite toma al día? (cucharadas)	sin educación formal	95	2,69	1,24	
	primaria	181	2,83	1,16	
	secundaria	62	2,63	1,20	
	superior	49	3,12	1,54	
	universitaria	55	2,65	1,37	ns
	Total	442	2,78	1,26	

- **Variables antropométricas por contexto.** En la tabla 6.49 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.
 - ❖ **Talla:** La media total de estatura de los sujetos es de 159,22. Los sujetos seleccionados del programa Universitario de Mayores PUMA y los “muestrales” son significativamente más altos que los de centros urbanos (F= 14,870; p<.000) .
 - ❖ **% Grasa Corporal.** Los participantes del los centros urbanos tienen un porcentaje significativamente mayor de grasa que los del programa PUMA y que los “muestrales” (F= 6,488; p<.000).
 - ❖ **Masa corporal.** Se ha calculado el índice de masa corporal a partir de la fórmula: $\text{masa} = \frac{\text{peso}(\text{kg})}{\text{talla}^2 (\text{m})}$. Los sujetos seleccionados en centros de mayores tanto rurales como urbanos tienen significativamente

más índice de masa corporal que los del PUMA y los “muestrales”.
($F=11,116$; $p<.000$).

- ❖ **Contorno de cintura.** Son los participantes seleccionados de centros rurales los que significativamente tienen mayor contorno de cintura ($F=5,705$; $p<.001$).
- ❖ **Perímetro braquial.** Asimismo, los participantes de los centros rurales tienen mayor perímetro braquial que los de centros de día y que los PUMA ($F=7,542$; $p<.000$).

TABLA 6.49

		N	Media	Desviación típica	F	Significación y Tukey
Talla	muestrales	93	163,17	9,26	14,870	,000
	puma	25	164,64	7,75		
	centros urbanos	282	157,21	8,79		
	centros rurales	49	160,57	7,98		
	Total	449	159,22	9,15		
Peso	muestrales	91	73,32	12,78		ns
	puma	25	70,64	8,64		
	centros urbanos	275	72,92	11,99		
	centros rurales	47	77,45	14,07		
	Total	438	73,36	12,29		
% Grasa corporal	muestrales	86	31,54	8,14	6,488	,000
	puma	22	29,51	9,43		
	centros urbanos	271	35,50	9,42		
	centros rurales	47	32,72	9,67		
	Total	426	34,08	9,38		
masa corporal (peso en kg/talla en m al cuadrado)	muestrales	91	27,42	3,69	11,116	,000
	puma	25	26,02	2,19		
	centros urbanos	274	29,58	4,32		
	centros rurales	47	30,09	5,35		
	Total	437	28,98	4,38		
Contorno de cintura	muestrales	94	93,09	12,27	5,705	,001
	puma	25	90,24	12,34		
	centros urbanos	287	93,59	13,01		
	centros rurales	49	100,78	10,95		
	Total	455	94,08	12,82		
Contorno de cadera	muestrales	94	102,56	11,93		ns
	puma	25	103,78	13,91		
	centros urbanos	286	106,14	16,66		
	centros rurales	49	108,80	12,05		
	Total	454	105,56	15,26		
Perímetro braquial	muestrales	94	29,06	3,00	7,542	,000
	puma	25	27,04	3,51		

centros urbanos	288	27,95	4,25	
centros rurales	49	30,38	3,04	
Total	456	28,39	3,95	4-2; 4-3

- **Variables antropométricas por edad.** En la tabla 6.50 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.
 - ❖ **Talla.** Como se podía esperar, los jóvenes miden significativamente más que los mayores. (respectivamente 160,75 vs 158,59. $t = 2,297$; $p < .022$).
 - ❖ **Perímetro braqueal.** Asimismo, los jóvenes tienen un perímetro braqueal significativamente mayor que los de más edad ($t = 3,88$; $p < .000$)
 - ❖ La edad no ha diferenciado a los sujetos en el resto de las variables antropométricas.

TABLA 6.50

	EDADAGRU	N	Media	Desviación típ.	t significación
Talla	55-64	132	160,75	8,73	2,297
	65-75	317	158,59	9,26	.022
Peso	55-64	130	74,94	13,93	ns
	65-75	308	72,69	11,49	
% Grasa corporal	55-64	123	33,12	9,10	ns
	65-75	303	34,48	9,47	
masa corporal (peso en kg/talla en m al cuadrado)	55-64	130	29,04	5,13	ns
	65-75	307	28,95	4,02	
Contorno de cintura	55-64	134	93,41	12,68	ns
	65-75	321	94,36	12,88	
Contorno de cadera	55-64	134	104,82	13,42	ns
	65-75	320	105,86	15,98	
Perímetro braqueal	55-64	134	29,44	3,88	3,733
	65-75	322	27,95	3,90	.000

- **Variables antropométricas por género.** En la tabla 6.51 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.
 - ❖ **Talla y peso:** Como se podía esperar, los hombres miden y pesan significativamente más que las mujeres de nuestra muestra (respectivamente, $t = 20,074$ y $t = 8,533$; $p < .000$).
 - ❖ **% grasa corporal y masa:** Sin embargo, las mujeres tienen significativamente mayores índices de masa corporal y mayor porcentaje de grasa (respectivamente, $t = -2,408$; $p < .016$ y $t = -12,391$; $p < .000$).

- ❖ **Contorno de cintura.** Los hombres tienen un mayor contorno de cintura que las mujeres ($t= 13,33$; $p<.000$)
- ❖ No hay diferencias significativas entre hombres y mujeres ni en el contorno de cadera ni en el perímetro braqueal.

TABLA 6.51

	Género	N	Media	Desviación típ.	t significación
Talla	VARÓN	164	167,52	6,88	20,074
	MUJER	285	154,45	6,50	.000
Peso	VARÓN	156	79,60	11,37	8,533
	MUJER	282	69,90	11,40	.000
% Grasa corporal	VARÓN	148	27,46	9,51	-12,391
	MUJER	278	37,61	7,15	.000
masa corporal (peso en kg/talla en m al cuadrado)	VARÓN	155	28,30	3,52	-2,408
	MUJER	282	29,35	4,75	.016
Contorno de cintura	VARÓN	168	99,88	13,33	7,874
	MUJER	287	90,68	11,20	.000
Contorno de cadera	VARÓN	167	103,85	13,70	
	MUJER	287	106,55	16,04	ns
Perímetro braqueal	VARÓN	169	28,65	3,39	
	MUJER	287	28,24	4,24	ns

- **Variables antropométricas por ingresos.** En la tabla 6.52 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.
 - ❖ **Talla:** Los sujetos que informan tener mayores ingresos son los más altos, mientras que los que disponen de menos ingresos al mes son los que más bajos. (respectivamente, 164,93 vs 155,67). Estas diferencias son significativas entre los que ganan más de 2100€ al mes y los que ganan menos de 900€ al mes ($F= 6,762$; $p<.000$).
 - ❖ **% grasa corporal y masa.** Con respecto a la grasa corporal y al índice de masa sucede al contrario que con la talla. En esta medida son los sujetos con mayores ingresos los que tienen significativamente un porcentaje menor de grasa corporal y una puntuación menor en el índice de masa corporal que los que tienen ingresos menores al mes (respectivamente, $F = 2,976$; $p<.005$ y $F=3,983$; $p<.000$).
 - ❖ El nivel de ingresos no ha diferenciado a los sujetos ni en el peso ni en el contorno de cadera y cintura ni en el perímetro braqueal.

TABLA 6.52

		N	Media	DT	F	Significación y Tukey
Talla	Hasta 450€	15	155,67	9,78	6,762	,000
	451-600€	35	156,61	7,14		
	601-900€	83	156,84	8,94		
	901-1200€	67	160,03	7,96		
	1201-1600€	48	161,32	8,34		
	1601-2100€	50	162,28	8,34		
	2101-2700€	20	164,93	9,93		
	más de 2700€	30	165,98	8,61		
Total	348	160,03	8,97			
Peso	Hasta 450€	15	80,36	17,03		ns
	451-600€	35	73,28	14,15		
	601-900€	82	73,60	11,12		
	901-1200€	63	72,92	11,88		
	1201-1600€	47	73,73	10,38		
	1601-2100€	48	74,97	9,71		
	2101-2700€	20	77,16	12,88		
	más de 2700€	30	74,86	14,73		
Total	340	74,27	12,07			
% Grasa corporal	Hasta 450€	15	41,71	5,50	2,976	,005
	451-600€	35	33,76	9,56		
	601-900€	81	35,24	11,21		
	901-1200€	62	32,53	9,08		
	1201-1600€	43	33,23	9,67		
	1601-2100€	46	34,43	8,49		
	2101-2700€	19	33,90	9,23		
	más de 2700€	29	29,05	8,27		
Total	330	33,87	9,73			
masa corporal (peso en kg/talla en m al cuadrado)	Hasta 450€	15	32,92	4,44	3,983	,000
	451-600€	35	29,80	4,99		
	601-900€	81	29,98	4,78		
	901-1200€	63	28,62	3,94		
	1201-1600€	47	28,44	3,74		
	1601-2100€	48	28,54	3,35		
	2101-2700€	20	28,28	3,30		
	más de 2700€	30	27,05	4,16		
Total	339	29,06	4,31			
Contorno de cintura	Hasta 450€	15	98,87	12,36		
	451-600€	35	95,66	13,45		

	601-900€	84	94,70	11,18		
	901-1200€	67	94,44	16,37		
	1201-1600€	50	94,22	10,50		
	1601-2100€	50	94,22	11,73		
	2101-2700€	20	93,03	12,21		
	más de 2700€	31	94,11	14,71		ns
	Total	352	94,64	12,88		
Contorno de cadera	Hasta 450€	15	113,27	11,39		
	451-600€	35	108,54	12,35		
	601-900€	84	106,37	26,72		
	901-1200€	67	105,43	8,61		
	1201-1600€	49	105,02	7,77		
	1601-2100€	50	106,83	13,03		
	2101-2700€	20	98,90	22,08		
	más de 2700€	31	102,08	8,01		ns
	Total	351	105,77	16,58		
Perímetro braquial	Hasta 450€	15	30,00	5,49		
	451-600€	36	28,01	4,46		
	601-900€	84	28,20	4,41		
	901-1200€	67	28,01	3,71		
	1201-1600€	50	28,17	3,24		
	1601-2100€	50	28,75	3,19		
	2101-2700€	20	28,80	3,01		
	más de 270e0€	31	27,92	3,86		ns
	Total	353	28,31	3,90		

- **Variables antropométricas por nivel de educación.** En la tabla 6.54 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.
 - ❖ **Talla:** Del mismo modo que los ingresos estaban relacionados con la estatura de los sujetos, en el sentido de que a más ingresos percibidos más altura, encontramos una relación con el nivel de educación; de forma que los sujetos con niveles de educación universitarios o superiores son significativamente más altos que aquellos que no tienen educación formal, o que solo han alcanzado la primaria o secundaria. (F= 12,459; p<.000)
 - ❖ **% grasa corporal y masa.** También estas variables se comportan de manera similar al analizarlas en función de la educación y de los ingresos. Es decir, igual que pasaba con los ingresos los sujetos con niveles más bajos de educación tienen significativamente mayor proporción de grasa y masa corporal (respectivamente, F = 4,409; p<.002 y F=8,937; p<.000).

- ❖ No existen diferencias significativas en el resto de las variables antropométricas según el nivel de educación.
- ❖ En resumen, cabe decir, que un alto porcentaje de nuestros participantes tiene sobrepeso aunque ello es la expresión de lo que ocurre en la población.

TABLA 6.54

		N	Media	DT	F	Significación y Tukey	
Talla	sin educación formal	96	156,72	9,12	12,459	,000	
	primaria	185	157,64	8,59			
	secundaria	60	159,08	7,61			
	superior	52	164,05	9,14			
	universitaria	55	164,48	9,19			
	Total	448	159,22	9,16			4-1; 4-2; 4-3; 5-1;5-2; 5-3
Peso	sin educación formal	92	74,74	13,64		ns	
	primaria	180	73,20	12,14			
	secundaria	59	70,83	10,70			
	superior	52	74,72	12,86			
	universitaria	54	72,98	11,45			
	Total	437	73,36	12,30			
% Grasa corporal	sin educación formal	89	35,81	8,79	4,409	,002	
	primaria	177	35,29	9,59			
	secundaria	58	33,27	9,49			
	superior	50	30,93	9,20			
	universitaria	51	31,14	8,31			4-1; 4-2; 5-1; 5-2
	Total	425	34,11	9,37			
masa corporal (peso en kg/talla en m al cuadrado)	sin educación formal	92	30,55	4,72	8,937	,000	
	primaria	179	29,48	4,37			
	secundaria	59	28,03	4,24			
	superior	52	27,71	3,92			
	universitaria	54	26,91	2,94			1-3; 1-4; 1-5; 2-5
	Total	436	28,98	4,38			
Contorno de cintura	sin educación formal	96	95,88	15,39			
	primaria	188	94,55	11,38			
	secundaria	61	90,35	11,63			
	superior	53	95,58	14,80			
	universitaria	56	92,02	11,14			
	Total	454	94,07	12,83			
Contorno de cadera	sin educación formal	96	104,27	20,39		ns	
	primaria	187	107,67	14,78			
	secundaria	61	102,50	15,10			
	superior	53	106,87	11,71			
	universitaria	56	103,06	6,51			
	Total	453	105,59	15,26			
Perímetro braquial	sin educación formal	96	28,33	4,21			

primaria	188	28,49	4,12		
secundaria	62	28,19	4,30		
superior	53	28,14	3,16		
universitaria	56	28,60	3,25		
Total	455	28,39	3,95		ns

- **Medidas bioconductuales en función del contexto.** En la tabla 6.55 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.
 - ❖ **Equilibrio estático A.** De media los sujetos consiguen permanecer 29,87 segundos con el pie levantado. Los participantes del grupo PUMA han tenido significativamente mejores puntuaciones que los de los centros urbanos y rurales ($F= 4,917$; $p<.002$).
 - ❖ **Equilibrio estático B.** En esta ocasión los sujetos deben permanecer sobre un pie con los ojos cerrados. Lógicamente las puntuaciones han sido inferiores a las anteriores, ya que de media solamente han conseguido permanecer en equilibrio durante 5,64 segundos. Nuevamente los sujetos PUMA y también los muestrales son los que han conseguido mantenerse significativamente en equilibrio por mas tiempo ($F=15,208$; $p<.000$).
 - ❖ **Equilibrio dinámico marcha.** Nuevamente los sujetos seleccionados del grupo PUMA y muestrales han mostrado mejor equilibrio al andar por la línea dibujada en el suelo sin salirse que los de los centros urbanos ($F= 4,853$; $p<.002$).
 - ❖ **Fuerza de agarre.** Con respecto a la fuerza de agarre, también son los sujetos del PUMA y muestrales los que significativamente han mostrado más fuerza que los seleccionados de centros urbanos ($F=10,541$; $p<.000$).
 - ❖ **Presión arterial sistólica y diastólica.** Si consideramos la muestra total, de media tienen una presión sistólica de 13,76 y diastólica de 8,41 Los sujetos seleccionados de centros rurales tienen significativamente menor presión arterial tanto sistólica como diastólica (respectivamente, 13,17 y 7,97; $F= 3,4$ y $3,28$; $p<.017$ y $p<.021$).
 - ❖ **Tapping test y Peak flow .** Los participantes de PUMA y los muestrales son más rápidos y tienen mayor capacidad vital (pulmonar)

que los procedentes de centros tanto rurales como urbanos ($F=11,55$; $p<.000$; $F=9,73$; $p<.000$).

- ❖ No hay diferencias significativas por contexto en la prueba de giro ni en tasa cardiaca.

TABLA 6.55

		N	Media	DT	F	Significación y Tukey
Equilibrio estático A:	muestrales	93	32,28	23,85	4,917	,002
	puma	25	45,32	23,54		
	centros urbanos	277	27,84	22,36		
	centros rurales	48	28,87	23,19		
	Total	443	29,87	23,14		
Equilibrio estático B: con los ojos cerrados	muestrales	93	8,34	12,67	15,208	,000
	puma	25	13,43	16,01		
	centros urbanos	276	4,21	4,43		
	centros rurales	48	4,65	3,64		
	Total	442	5,64	8,21		
Equilibrio dinámico: girar	muestrales	93	2,05	,86		ns
	puma	25	2,00	,00		
	centros urbanos	282	1,93	,30		
	centros rurales	49	2,00	,00		
	Total	449	1,97	,46		
Equilibrio dinámico: marcha	muestrales	93	9,24	1,60	4,853	,002
	puma	25	9,68	,56		
	centros urbanos	282	8,42	2,56		
	centros rurales	49	8,92	2,05		
	Total	449	8,71	2,30		
Mejor puntuación fuerza de agarre	muestrales	91	36,62	21,06	10,541	,000
	puma	25	37,08	18,85		
	centros urbanos	283	25,19	18,83		
	centros rurales	49	32,69	17,99		
	Total	448	29,00	19,82		
Presión arterial sistólica	muestrales	94	13,65	1,76	3,421	,017
	puma	25	13,32	1,60		
	centros urbanos	288	13,94	1,78		
	centros rurales	49	13,17	1,74		
	Total	456	13,76	1,78		
Presión arterial diastólica	muestrales	94	8,40	1,13	3,288	,021

	puma	25	8,28	,94		
	centros urbanos	288	8,50	1,13		
	centros rurales	49	7,97	1,23		
	Total	456	8,41	1,14		3-4
Tasa cardiaca. Pulsaciones	muestrales	94	70,00	11,90		
	puma	25	71,32	9,57		
	centros urbanos	288	70,47	11,18		
	centros rurales	49	72,86	12,21		ns
	Total	456	70,67	11,36		
Tapping test (mano derecha) mejor puntuación	muestrales	93	26,90	4,09	11,555	,000
	puma	25	26,68	3,64		
	centros urbanos	285	23,71	5,29		
	centros rurales	49	24,53	4,27		
	Total	452	24,62	5,05		1-3; 1-4; 2-3
Peak flow mejor puntuación	muestrales	94	404,41	148,50	9,736	,000
	puma	25	446,00	144,30		
	centros urbanos	287	343,85	115,59		
	centros rurales	49	383,47	115,97		
	Total	455	366,24	128,29		1-3; 2-3

- **Medidas bioconductuales en función de la edad.** En la tabla 6.56 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.

- ❖ **Equilibrio estático A, B y equilibrio dinámico marcha. Fuerza de agarre, tapping test y peak flow.** En estas variables el grupo más joven ha obtenido significativamente puntuaciones más altas que el grupo de mayores. (respectivamente, $t= 5,138$; $p<.000$. $t= 5,072$; $p<.000$ $t= 2,441$; $p<.015$ $t= 4,246$; $p<.000$ $t= 3,058$; $p<.002$ y $t= 4,944$: $p<.000$).
- ❖ No hay diferencias significativas por edad ni en equilibrio dinámico giro ni en la presión arterial sistólica ni diastólica ni en la tasa cardiaca.

TABLA 6.56.

	EDADAGRU	N	Media	DT	t significación
Equilibrio estático A: segundos con el pie levantado	55-64	131	38,35	22,89	5,138
	65-75	312	26,31	22,34	.000
Equilibrio estático B: segundos de permanencia sobre el pie dominante con los ojos cerrados	55-64	131	8,62	12,87	5,072
	65-75	311	4,39	4,60	.000

Equilibrio dinámico: girar	55-64	133	1,98	,15	ns
	65-75	316	1,96	,54	
Equilibrio dinámico: marcha	55-64	133	9,12	1,77	2,441
	65-75	316	8,54	2,47	.015
Mejor puntuación fuerza de agarre	55-64	130	35,10	20,79	4,246
	65-75	318	26,50	18,88	.000
Presión arterial sistólica	55-64	134	13,55	1,69	ns
	65-75	322	13,85	1,81	
Presión arterial diastólica	55-64	134	8,42	1,16	ns
	65-75	322	8,41	1,14	
Tasa cardiaca. Pulsaciones	55-64	134	71,31	11,32	ns
	65-75	322	70,41	11,38	
Tapping test (mano derecha) mejor puntuación	55-64	132	25,74	5,07	3,058
	65-75	320	24,16	4,98	.002
Peak flow	55-64	134	411,12	120,27	4,944
	65-75	321	347,51	127,05	.000

- **Medidas bioconductuales en función del género.** En la tabla 6.57 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.
 - ❖ **Equilibrio estático A. Equilibrio estático A, B y equilibrio dinámico marcha.** Los hombres de nuestra muestra han mostrado significativamente más pericia en las pruebas de equilibrio (respectivamente, $t = 23,03$; $p < .000$ $t = 2,989$; $p < .003$ $t = 3,839$; $p < .000$).
 - ❖ **Presión arterial sistólica y diastólica.** Las mujeres tienen significativamente menor presión arterial tanto sistólica como diastólica que los hombres (respectivamente, $t = 2,795$; $p < .005$ y $t = 2,599$; $p < .01$)
 - ❖ **Fuerza de agarre, tapping test y peak flow.** Lógicamente, los hombres tienen significativamente más fuerza de agarre ($t = 24,58$; $p < .000$), pero también tienen más rapidez ($t = 3,681$; $p < .000$) y más capacidad pulmonar ($t = 12,071$; $p < .000$) que las mujeres.
 - ❖ El género no ha diferenciado a los sujetos ni en equilibrio de giro ni en tasa cardiaca.

TABLA 6.57

	Género	N	Media	DT	t significación
Equilibrio estático A: segundos con el pie levantado	VARÓN	163	36,03	23,03	4,362

	MUJER	280	26,29	22,48	.000
Equilibrio estático B: segundos de permanencia sobre el pie dominante con los ojos cerrados	VARÓN	162	7,17	8,77	2,989
	MUJER	280	4,76	7,75	.003
Equilibrio dinámico: girar	VARÓN	164	2,01	,66	
	MUJER	285	1,94	,28	ns
Equilibrio dinámico: marcha	VARÓN	163	9,26	1,57	3,839
	MUJER	286	8,41	2,57	.000
Mejor puntuación fuerza de agarre	VARÓN	168	48,39	15,52	24,580
	MUJER	280	17,36	11,10	.000
Presión arterial sistólica	VARÓN	169	14,06	1,91	2,795
	MUJER	287	13,59	1,68	.005
Presión arterial diastólica	VARÓN	169	8,59	1,09	2,599
	MUJER	287	8,31	1,16	.01
Tasa cardiaca. Pulsaciones	VARÓN	169	70,03	12,92	
	MUJER	287	71,05	10,34	ns
Tapping test (mano derecha) mejor puntuación	VARÓN	167	25,75	5,12	3,681
	MUJER	285	23,96	4,90	.000
Peak flow	VARÓN	168	448,87	141,53	12,071
	MUJER	287	317,87	89,84	.000

- **Medidas bioconductuales en función de los ingresos.** En la tabla 6.58 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.
 - ❖ **Equilibrio estático A.** El tiempo que el sujeto puede estar con el pie levantado aumenta según los ingresos que percibe. De media los sujetos que informan unos ingresos hasta 450€ permanecen en equilibrio 20,93 segundos mientras que los que ganan más de 2700€ resisten 36,35 segundos de media ($F= 2,042$; $p<.049$).
 - ❖ **Equilibrio estático B.** También en esta prueba son los sujetos con mejores ingresos los que más tiempo aguantan sobre un pie con los ojos cerrados. ($F= 5,218$; $p<.000$).
 - ❖ **Equilibrio dinámico marcha.** También en esta prueba los sujetos puntúan más alto según los ingresos que perciben. Las diferencias son significativas entre los que perciben entre 1601-2100€ y los que perciben 601-900€ ($F= 2,900$; $p<.006$).

- ❖ **Fuerza de agarre.** Los sujetos que perciben más de 2000€ al mes son los que significativamente más fuerza de agarre han mostrado ($F=5,019$; $p<.000$).
- ❖ **Tapping y peak flow.** Los ingresos diferencian a los sujetos tanto en el tapping test como en el peak flow. Los sujetos que informan recibir más ingresos son los más rápidos y de mayor capacidad vital (respectivamente, $F=4,382$ y $F=3,122$; $p<.000$).

TABLA 6.58

		N	Media	DT	F	Significación y Tukey
Equilibrio estático A: segundos con el pie levantado	Hasta 450€	15	20,93	21,10	2,042	,049
	451-600€	33	25,07	23,20		
	601-900€	83	25,57	21,89		
	901-1200€	65	30,09	24,36		
	1201-1600€	50	31,37	22,29		
	1601-2100€	48	36,76	22,50		
	2101-2700€	20	33,91	22,72		
	más de 2700€	31	36,35	24,84		
	Total	345	30,02	23,17		
Equilibrio estático B: segundos de permanencia sobre el pie dominante con los ojos cerrados	Hasta 450€	15	2,60	1,84	5,218	,000
	451-600€	33	3,72	2,58		
	601-900€	83	3,51	2,73		
	901-1200€	65	5,74	6,09		
	1201-1600€	49	5,55	5,20		
	1601-2100€	48	7,69	10,94		
	2101-2700€	20	10,53	17,35		
	más de 2700€	31	11,94	15,54		
	Total	344	5,95	8,65		
Equilibrio dinámico: girar	Hasta 450€	15	1,93	,26		ns
	451-600€	34	1,97	,17		
	601-900€	83	1,93	,34		
	901-1200€	65	1,97	,17		
	1201-1600€	50	2,08	1,18		
	1601-2100€	50	2,00	,00		
	2101-2700€	20	1,95	,22		
	más de 2700€	31	2,00	,00		
	Total	348	1,98	,49		
Equilibrio dinámico: marcha	Hasta 450€	15	7,67	3,94	2,900	,006
	451-600€	34	8,97	2,04		
	601-900€	83	8,16	2,58		

	901-1200€	66	8,79	2,24		
	1201-1600€	50	9,04	2,34		
	1601-2100€	49	9,37	1,03		
	2101-2700€	20	9,45	1,05		
	más de 2700€	31	9,48	1,21		
	Total	348	8,82	2,22		3-6
Mejor puntuación fuerza de agarre	Hasta 450€	15	20,60	19,69	5,019	,000
	451-600€	36	24,39	16,73		
	601-900€	83	24,81	15,50		
	901-1200€	67	29,19	20,81		
	1201-1600€	50	30,63	20,75		
	1601-2100€	48	34,70	21,31		
	2101-2700€	20	43,53	19,94		
	más de 2700€	29	41,17	21,79		
	Total	348	30,07	20,08		7-1; 7-2; 7-3; 8-1; 8-2; 8-3
Presión arterial sistólica	Hasta 450€	15	14,46	1,58		
	451-600€	36	13,86	1,65		
	601-900€	84	13,53	2,14		
	901-1200€	67	13,85	1,69		
	1201-1600€	50	14,08	1,83		
	1601-2100€	50	13,32	1,83		
	2101-2700€	20	13,31	1,40		
	más de 2700€	31	13,54	1,71		ns
	Total	353	13,70	1,83		
Presión arterial diastólica	Hasta 450€	15	8,93	1,05		
	451-600€	36	8,28	1,19		
	601-900€	84	8,30	1,23		
	901-1200€	67	8,44	1,14		
	1201-1600€	50	8,67	1,09		
	1601-2100€	50	8,25	1,19		
	2101-2700€	20	8,10	,85		
	más de 2700€	31	8,29	1,17		ns
	Total	353	8,39	1,16		
Tasa cardiaca. Pulsaciones	Hasta 450€	15	73,20	9,84		
	451-600€	36	72,39	11,00		
	601-900€	84	71,50	10,88		
	901-1200€	67	69,09	9,99		
	1201-1600€	50	70,54	11,55		
	1601-2100€	50	70,98	12,32		
	2101-2700€	20	71,25	10,31		
	más de 2700€	31	71,26	12,40		ns
	Total	353	70,96	11,06		
Tapping test (mano derecha) mejor puntuación	Hasta 450€	15	24,93	5,57	4,382	,000
	451-600€	36	23,06	4,30		
	601-900€	83	23,20	5,36		
	901-1200€	65	25,00	5,56		
	1201-1600€	50	24,78	4,60		
	1601-2100€	50	25,98	4,90		
	2101-2700€	20	25,15	5,26		

	más de 2700€	31	28,35	4,58		
	Total	350	24,79	5,24		3-6; 8-2; 8-3; 8-6
Peak flow mejor puntuación	Hasta 450€	15	348,00	93,21	3,122	,003
	451-600€	36	324,03	101,73		
	601-900€	84	356,90	120,73		
	901-1200€	67	355,30	127,41		
	1201-1600€	50	392,50	135,52		
	1601-2100€	49	399,18	137,50		
	2101-2700€	20	413,00	140,04		
	más de 2700€	31	440,00	157,87		
	Total	352	374,30	131,34		8-2; 8-3

- **Medidas bioconductuales en función del nivel de educación.** En la tabla 6.59 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.
 - ❖ **Equilibrio estático A, B, dinámico de giro y de marcha.** En todas las medidas de equilibrio, el nivel de educación ha discriminado en el sentido de que los sujetos con mayor nivel de educación muestran significativamente más equilibrio (respectivamente, $F= 3,571$; $p<.008$ $F= 4,579$; $p<.001$ $F =2,627$; $p<.034$ y $F= 5,916$; $p<.000$).
 - ❖ **Fuerza.** Solo dos grupos difieren en el nivel de fuerza . El grupo sin educación formal muestra significativamente una fuerza menor que el grupo de educación superior en esta variable ($F=2,783$; $p<.026$).
 - ❖ **Tapping.** Las personas de la muestra que no tienen estudios formales significativamente han puntuado menos que el resto de los grupo en esta prueba de rapidez ($F=11,822$; $p<.000$).
 - ❖ **Peak flow.** También en la capacidad pulmonar medida con el peak flow los sujetos sin educación formal tienen significativamente menos capacidad vital (pulmonar) que los que tienen estudios superiores o universitarios ($F= 6,255$; $p<.000$).

TABLA 6.59

		N	Media	DT	F	Significación y Tukey
Equilibrio estático A: segundos con el pie levantado	sin educación formal	93	25,45	21,76	3,517	,008
	primaria	183	27,49	22,70		
	secundaria	60	32,99	22,56		
	superior	52	35,59	25,44		
	universitaria	54	36,30	23,27		
	Total	442	29,84	23,15		
Equilibrio estático B: segundos de permanencia sobre el pie	sin educación formal	93	3,68	3,95	4,579	,001

dominante con los ojos cerrados	primaria	182	4,84	6,10		
	secundaria	60	7,03	11,13		
	superior	52	7,67	9,66		
	universitaria	54	8,34	12,51		
	Total	441	5,66	8,22		5-1; 5-2; 4-1
	Equilibrio dinámico: girar	sin educación formal	95	1,91	,33	2,627
	primaria	186	1,95	,26		
	secundaria	60	1,97	,18		
	superior	52	1,94	,31		
	universitaria	55	2,15	1,08		
	Total	448	1,97	,46		5-1; 5-2
Equilibrio dinámico: marcha	sin educación formal	95	8,29	2,59	5,916	,000
	primaria	187	8,35	2,64		
	secundaria	60	9,10	1,58		
	superior	52	9,46	1,09		
	universitaria	54	9,57	1,45		
	Total	448	8,71	2,30		4-1; 4-2; 5-1; 5-2
Mejor puntuación fuerza de agarre	sin educación formal	96	25,91	19,78	2,783	,026
	primaria	185	27,36	18,49		
	secundaria	59	29,59	19,61		
	superior	52	35,36	20,50		
	universitaria	55	32,69	22,18		
	Total	447	28,93	19,79		4-1
Presión arterial sistólica	sin educación formal	96	13,84	1,69		
	primaria	188	13,74	1,82		
	secundaria	62	14,13	1,60		
	superior	53	13,67	1,99		
	universitaria	56	13,37	1,74		
	Total	455	13,76	1,78		ns
Presión arterial diastólica	sin educación formal	96	8,40	1,31		
	primaria	188	8,43	1,06		
	secundaria	62	8,62	1,18		
	superior	53	8,36	1,16		
	universitaria	56	8,20	1,05		
	Total	455	8,41	1,14		ns
Tasa cardiaca. Pulsaciones	sin educación formal	96	69,69	10,00		
	primaria	188	71,53	11,60		
	secundaria	62	69,27	10,78		
	superior	53	71,11	13,94		
	universitaria	56	70,43	10,77		
	Total	455	70,65	11,36		ns
Tapping test (mano derecha) mejor puntuación	sin educación formal	96	22,04	4,76	11,822	,000
	primaria	187	24,58	4,81		
	secundaria	60	25,30	5,09		
	superior	53	26,62	4,53		
	universitaria	55	26,64	4,99		
	Total	451	24,63	5,06		1-2; 1-3; 1-4; 1-5; 2-5
Peak flow mejor puntuación	sin educación formal	96	327,81	113,15	6,255	,000

	primaria	188	361,49	114,56	
	secundaria	62	355,81	146,42	
	superior	53	411,89	146,78	
	universitaria	55	414,91	133,46	
	Total	454	365,95	128,27	1-4; 1-5; 2-5

- **Medidas de lugar de control y autoeficacia para envejecer en función del contexto.** En la tabla 6.60 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.
 - ❖ **Control percibido.** Hay que recordar que esta variable se mide según una escala likert de 1-7 en el que 1 representa “mucho control interno” definido como la capacidad de control sobre su vida y 7 “mucho control externo” definido como ningún control sobre su vida. De forma que una menor puntuación indicaría una mayor percepción de control sobre lo que le pasa al sujeto. Los sujetos seleccionados de los centros urbanos tienen una sensación de control significativamente menor que los PUMA o muestrales ($F= 5,314$; $p<.001$).
 - ❖ **Autoeficacia para envejecer.** Los sujetos seleccionados del programa PUMA manifiestan tener más autoeficacia para envejecer que los muestrales y los de centros urbanos ($F= 7,573$; $p<.000$). Asimismo, también es mejor su autoeficacia de salud, cognitiva y funcional (respectivamente, $F= 3,576$; $p<.014$; $F= 5,665$; $p<.001$ y $F=11,012$; $p<.000$).

TABLA 6.60

		N	Media	DT	F	Significación y Tukey
Control percibido	m muestrales	94	3,24	1,70	5,314	,001
	puma	25	2,64	1,47		
	centros urbanos	288	3,74	1,54		
	centros rurales	49	3,39	1,77		
	Total	456	3,54	1,62		
autoeficacia de salud	m muestrales	94	3,05	,54	3,576	,014
	puma	25	3,32	,43		
	centros urbanos	288	2,96	,56		
	centros rurales	49	3,06	,70		
	Total	456	3,01	,57		
autoeficacia cognitiva	m muestrales	93	2,52	,66	5,665	,001
	puma	25	2,96	,61		

	centros urbanos	288	2,43	,66		
	centros rurales	49	2,61	,72		
	Total	455	2,49	,68		2-1; 2-3
autoeficacia funcional	muestrales	93	2,81	,59	11,012	,000
	puma	25	3,20	,57		
	centros urbanos	288	2,61	,62		
	centros rurales	49	2,94	,66		
	Total	455	2,72	,64		1-2; 1-3; 2-3; 3-4
autoeficacia socioemocional	muestrales	94	2,91	,52		
	puma	25	2,99	,59		
	centros urbanos	287	2,84	,52		
	centros rurales	49	2,98	,72		
	Total	455	2,88	,55		ns
medida global de autoeficacia para envejecer	muestrales	92	2,83	,47	7,573	,000
	puma	25	3,12	,43		
	centros urbanos	287	2,71	,46		
	centros rurales	49	2,90	,59		
	Total	453	2,78	,49		2-1; 2-3

- **Medidas de control interno y autoeficacia en función de la edad.** En la tabla 6.61 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.
 - ❖ **Control percibido.** El grupo más joven tiene más percepción de control que el grupo mayor ($t = -2,167$; $p < .031$).
 - ❖ La edad no ha discriminado a los sujetos en ninguna variable de autoeficacia.

TABLA 6.61

	EDADAGRU	N	Media	DT	t significación
Control percibido	55-64	134	3,28	1,741	-2,167
	65-75	322	3,64	1,557	.031
autoeficacia de salud	55-64	134	3,0336	,50262	
	65-75	322	3,0000	,59594	ns
autoeficacia cognitiva	55-64	133	2,5113	,64978	
	65-75	322	2,4860	,68629	ns
autoeficacia funcional	55-64	134	2,7637	,61017	
	65-75	321	2,6947	,64784	ns
autoeficacia socioemocional	55-64	134	2,9055	,54168	
	65-75	321	2,8712	,55718	ns
medida global de autoeficacia para envejecer	55-64	133	2,7992	,44069	
	65-75	320	2,7668	,50408	ns

- **Medidas de control interno y autoeficacia en función del género** En la tabla 6.62 se muestran la media, desviación típica, estadístico t y significación de dichas variables.
 - ❖ **Control percibido.** Los hombre manifiestan tener mayor percepción de control que las mujeres ($t = -3,255$; $p < .001$).
 - ❖ **Autoeficacia cognitiva.** Los hombres puntúan más alto en autoeficacia cognitiva que las mujeres ($t = 2,549$; $p < .011$)
 - ❖ **Medida global de autoeficacia para envejecer.** En esta variable las diferencias encontradas muestran que los hombres manifiestan significativamente más autoeficacia para envejecer que las mujeres. ($t = 2,142$; $p < .033$).

TABLA 6.62b

	Género	N	Media	DT	t Significación
Control percibido	VARÓN	169	3,22	1,61	-3,255 .001
	MUJER	287	3,72	1,60	
autoeficacia de salud	VARÓN	169	3,06	,56	ns
	MUJER	287	2,98	,58	
autoeficacia cognitiva	VARÓN	168	2,60	,67	2,549 .011
	MUJER	287	2,43	,67	
autoeficacia funcional	VARÓN	168	2,76	,64	ns
	MUJER	287	2,69	,63	
autoeficacia socioemocional	VARÓN	168	2,93	,53	ns
	MUJER	287	2,85	,57	
medida global de autoeficacia para envejecer	VARÓN	166	2,84	,47	2,142 .033
	MUJER	287	2,74	,49	

- **Medidas de lugar de control y autoeficacia para envejecer en función del nivel de ingresos.** En la tabla 6.63 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.
 - ❖ **Control percibido.** Los sujetos que ingresan más de 2700€ al mes tienen significativamente mayor percepción de control que los que reciben solamente hasta 450€ al mes. ($F = 2,498$; $p < .016$).
 - ❖ **Autoeficacia para envejecer.** Las personas del estudio que perciben más de 2700€ al mes muestran significativamente mejor autoeficacia para envejecer que las que perciben entre 600 y 200€ ($F = 2,632$; $p < .012$).

TABLA 6.63

		N	Media	DT	F	Significación y Tukey
Control percibido	Hasta 450€	15	4,67	1,80	2,498	,016
	451-600€	36	3,67	1,74		
	601-900€	84	3,77	1,56		
	901-1200€	67	3,46	1,56		
	1201-1600€	50	3,52	1,63		
	1601-2100€	50	3,26	1,71		
	2101-2700€	20	3,30	1,66		
	más de 2700€	31	2,84	1,21		
	Total	353	3,52	1,63		
autoeficacia de salud	Hasta 450€	15	2,93	,62		ns
	451-600€	36	2,97	,61		
	601-900€	84	2,93	,56		
	901-1200€	67	2,91	,55		
	1201-1600€	50	3,13	,51		
	1601-2100€	50	3,05	,62		
	2101-2700€	20	3,10	,45		
	más de 2700€	31	3,24	,48		
	Total	353	3,01	,56		
autoeficacia cognitiva	Hasta 450€	15	2,37	,81		ns
	451-600€	36	2,40	,70		
	601-900€	84	2,46	,68		
	901-1200€	67	2,41	,64		
	1201-1600€	50	2,58	,65		
	1601-2100€	50	2,52	,65		
	2101-2700€	19	2,61	,54		
	más de 2700€	31	2,82	,64		
	Total	352	2,51	,67		
autoeficacia funcional	Hasta 450€	15	2,51	,79		ns
	451-600€	36	2,59	,75		
	601-900€	84	2,69	,68		
	901-1200€	67	2,64	,53		
	1201-1600€	49	2,78	,63		
	1601-2100€	50	2,77	,59		
	2101-2700€	20	2,88	,45		
	más de 2700€	31	2,98	,60		
	Total	352	2,72	,63		
autoeficacia socioemocional	Hasta 450€	15	2,87	,66		
	451-600€	36	2,95	,58		
	601-900€	84	2,82	,54		
	901-1200€	67	2,74	,53		
	1201-1600€	50	2,98	,48		
	1601-2100€	49	2,93	,55		
	2101-2700€	20	3,07	,41		
	más de 2700€	31	3,05	,50		

	Total	352	2,89	,54		
medida global de autoeficacia para envejecer	Hasta 450€	15	2,67	,61	2,632	,012
	451-600€	36	2,73	,54		
	601-900€	84	2,73	,50		
	901-1200€	67	2,67	,39		
	1201-1600€	49	2,89	,44		
	1601-2100€	49	2,82	,48		
	2101-2700€	19	2,89	,27		
	más de 2700€	31	3,02	,47		
	Total	350	2,79	,47		

- **Medidas de lugar de control y autoeficacia para envejecer en función del nivel de educación** . En la tabla 6.64 se muestran la media, desviación típica, estadístico F significación y contraste post hoc mediante tukey de dichas variables.
 - ❖ **Control percibido.** Las personas tienen mayor sensación de control conforme su nivel de educación es mayor ($F= 2,804$; $p<.025$).
 - ❖ **Autoeficacia cognitiva.** También en esta variable, las personas aumentan su puntuación según su nivel de educación es mayor ($F= 2,498$; $p<.042$).
 - ❖ **Autoeficacia funcional.** Con respecto a la percepción que tienen los sujetos de su capacidad funcional en el futuro, los universitarios la tienen significativamente mejor que los que no tienen educación formal ($F= 3,109$; $p<.015$).
 - ❖ **Autoeficacia para envejecer.** Los sujetos que tienen estudios superiores manifiestan mejor autoeficacia para envejecer que los que no tienen ninguna educación formal ($F=2,876$; $p<.023$).

TABLA 6.64

		N	Media	DT	F	Significación y Tukey
Control percibido	sin educación formal	96	3,64	1,62	2,804	,025
	primaria	188	3,66	1,51		
	secundaria	62	3,79	1,87		
	superior	53	3,15	1,66		
	universitaria	56	3,05	1,53		
	Total	455	3,54	1,62		
autoeficacia de salud	sin educación formal	96	2,92	,60		
	primaria	188	3,03	,54		
	secundaria	62	2,97	,61		
	superior	53	3,16	,59		
	universitaria	56	3,00	,52		
	Total					

	Total	455	3,01	,57		ns
autoeficacia cognitiva	sin educación formal	96	2,40	,74	2,498	,042
	primaria	188	2,43	,65		
	secundaria	62	2,61	,61		
	superior	53	2,60	,76		
	universitaria	56	2,64	,60		
	Total	455	2,49	,68		
autoeficacia funcional	sin educación formal	96	2,60	,69	3,109	,015
	primaria	188	2,66	,61		
	secundaria	61	2,77	,56		
	superior	53	2,84	,70		
	universitaria	56	2,91	,60		
	Total	454	2,71	,64		
autoeficacia socioemocional	sin educación formal	96	2,82	,55		ns
	primaria	188	2,86	,55		
	secundaria	61	2,88	,53		
	superior	53	3,06	,57		
	universitaria	56	2,89	,54		
	Total	454	2,88	,55		
medida global de autoeficacia para envejecer	sin educación formal	96	2,68	,56	2,876	,023
	primaria	188	2,74	,45		
	secundaria	60	2,83	,43		
	superior	53	2,92	,52		
	universitaria	56	2,86	,45		
	Total	453	2,78	,49		

- **Grado de religiosidad de los entrevistados en función del contexto, de la edad, del género, los ingresos y el nivel de educación . En la tabla 6.65 se muestran la media, desviación típica, significación y contraste post hoc mediante tukey en los casos que procede de dicha variable.**

TABLA 6.65

Contexto	N	Media	DT	F significación y tukey
muestrales	94	1,36	,926	4,875 .002
puma	24	1,04	,859	
centros urbanos	287	1,62	,860	
centros rurales	49	1,47	,819	
Total	454	1,52	,881	
Edad	N	Media	DT	t significación
55-64	133	1,26	,867	-4,225
65-75	321	1,63	,864	.000
Total	454	1,52	,881	
Género	N	Media		t significación

			DT	
VARÓN	169	1,28	,893	-4647
MUJER	285	1,67	,842	.000
Total	454	1,52	,881	
Ingresos	N	Media	DT	F significación y tukey
301-450€	15	1,60	,828	
451-600€	36	1,75	,841	
601-900€	83	1,42	,828	
901-1200€	67	1,37	,918	
1201-1600€	49	1,51	,845	
1601-2100€	50	1,50	,863	
2101-2700€	20	1,40	,883	
más de 2700€	31	1,23	1,023	ns
Total	351	1,46	,877	
Nivel educación	N	Media	DT	F significación y tukey
sin educación formal	95	1,60	,817	
primaria	187	1,52	,825	
secundaria	62	1,45	,935	
superior	53	1,60	,968	
universitaria	56	1,43	1,006	
Total	453	1,53	,879	ns

- **Envejecimiento activo en función del contexto, la edad, el género, los ingresos y el nivel de educación de los entrevistados** . En la tabla 6.66; 6.67; 6.68; 6.69 y 6.70 presentamos la distribución de los sujetos según la medida combinada de envejecimiento activo (véase 4.4.2.2.) según nuestras variables de clasificación: contexto, edad, género, ingresos y nivel de educación. Además se han analizado las diferencias entre los grupos mediante el estadístico χ^2 .
 - ❖ Del total de la muestra, el 15,6% de los sujetos han sido clasificados como personas que están envejeciendo activamente.
 - ❖ Si analizamos la distribución de los mismos por contexto, vemos que hay más sujetos que envejecen activamente seleccionados del PUMA (32%) que del resto de los grupos; aunque esta diferencia no llega a ser significativa.

Tabla 6.66
Tabla de contingencia envejecimiento activo * contexto

			contexto				Total
			muestrales	puma	centros urbanos	centros rurales	
envejecimiento activo	no	Recuento	77	17	249	42	385

		%	81,9%	68,0%	86,5%	85,7%	84,4%
	si	Recuento	17	8	39	7	71
		%	18,1%	32,0%	13,5%	14,3%	15,6%
Total		Recuento	94	25	288	49	456
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

- ❖ En la tabla 6.67 observamos la distribución de los sujetos por edad. Como se podría esperar, hay significativamente más sujetos clasificados de envejecimiento activo en el grupo de jóvenes que en el de mayores (respectivamente, 20,9% vs 13,4%. $\chi^2 = 4,094$, $p \leq 0,043$).

TABLA 6.67

Tabla de contingencia envejecimiento activo * grupos de edad

			Grupos de edad		Total
			55-64	65-75	
envejecimiento activo	no	Recuento	106	279	385
		%	79,1%	86,6%	84,4%
	si	Recuento	28	43	71
		%	20,9%	13,4%	15,6%
Total		Recuento	134	322	456
		%	100,0%	100,0%	100,0%

- ❖ Aunque hay más hombres que mujeres que disfrutan de un envejecimiento activo (respectivamente 17,8% vs 14,3%), el género no ha diferenciado significativamente a los sujetos en esta variable.

TABLA 6.68

Tabla de contingencia envejecimiento activo * Género

			Género		Total
			VARÓN	MUJER	
envejecimiento activo	no	Recuento	139	246	385
		% de Género	82,2%	85,7%	84,4%
	si	Recuento	30	41	71
		% de Género	17,8%	14,3%	15,6%
Total		Recuento	169	287	456
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

- ❖ La distribución de sujetos que envejecen activamente según los ingresos que perciben no arroja diferencias significativas entre los mismos. Aunque se aprecia un aumento en el número de personas que envejecen con éxito según aumentan los ingresos (ver tabla 6.69), esta relación no es significativa.

TABLA 6.69
Tabla de contingencia envejecimiento activo * Ingresos mensuales en euros

			Ingresos mensuales en euros								Total
			301-450€	451-600€	601-900€	901-1200€	1201-1600€	1601-2100€	2101-2700€	más de 2700€	
envejecimiento activo	no	Recuento	13	34	74	59	40	38	14	24	296
		%	86,7%	94,4%	88,1%	88,1%	80,0%	76,0%	70,0%	77,4%	83,9%
	si	Recuento	2	2	10	8	10	12	6	7	57
		%	13,3%	5,6%	11,9%	11,9%	20,0%	24,0%	30,0%	22,6%	16,1%
Total		Recuento	15	36	84	67	50	50	20	31	353
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

- ❖ En la tabla 6.70 se presentan los resultados de la distribución de los sujetos clasificados afirmativa o negativamente como que envejecen activamente según el nivel de educación alcanzado. Se puede observar como la proporción de personas clasificadas positivamente aumenta según aumenta el nivel de educación alcanzado. (28,6% universitarios vs 9,4% sin educación formal; $\chi^2 = 10,28$, $p \leq p.037$).

TABLA 6.70
Tabla de contingencia envejecimiento activo * Nivel de educación alcanzado por el entrevistado

			Nivel de educación alcanzado por el entrevistado					Total
			sin educación formal	primaria	secundaria	superior	universitaria	
envejecimiento activo	no	Recuento	87	160	53	45	40	385
		% de	90,6%	85,1%	85,5%	84,9%	71,4%	84,6%
	si	Recuento	9	28	9	8	16	70
		% de	9,4%	14,9%	14,5%	15,1%	28,6%	15,4%
Total		Recuento	96	188	62	53	56	455
		% de	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CONCLUSIONES

En primer lugar, partimos de la realidad tanto española como europea e, incluso, mundial del envejecimiento de la población y de las proyecciones de un mayor envejecimiento en el futuro. A ello se une un potencial aumento de la probabilidad de vivir años con discapacidad y, por tanto, de la necesidad de mejorar las condiciones de las personas mayores según envejecen. En definitiva, de ambas características demográficas se desprende que existe una necesidad social: dar más vida a los años (y no tanto años a la vida) lo cual pasa por incrementar el número de personas mayores que viven activamente. Todo ello exige saber mucho más sobre esta forma de envejecimiento; es decir, cómo envejecer activa y saludablemente.

Un segundo aspecto importante ha sido la revisión del concepto de envejecimiento activo (y sus otros sinónimos) a través de las consideraciones teóricas y empíricas. Llegamos a la conclusión de que éste concepto es claramente multidimensional albergando condiciones bio-médicas, psicológicas y sociales y no puede ser reducido a ninguno de sus componentes (por ejemplo, no puede ser reducido a la salud o a la satisfacción). Tras las revisiones efectuadas, se ha llegado a establecer cuatro dominios esenciales del concepto de envejecimiento activo: salud y estado físico, funcionamiento cognitivo, emocional y social.

Conocer los determinantes de esta forma de envejecimiento es prioritario si deseamos proceder a su promoción. Así, también, se ha tratado de revisar las propuestas, esencialmente teóricas, así como las conclusiones empíricas de los escasos trabajos realizados hasta la fecha, tanto transversales como longitudinales y tanto desde una perspectiva poblacional como individual. Uno de los aspectos que ha emergido de esta revisión ha sido la confusión entre las condiciones que *definen* el envejecimiento activo con aquellas que lo *causan*. Por lo que se hace necesario una mayor clarificación de este problema. En todo caso, desde la perspectiva del individuo, los estudios empíricos realizados ponen de relieve tres grupos de factores: 1) aspectos *sociodemográficos* como el estatus socio-económico, la educación, el sexo y la edad; 2) *condiciones de salud* (enfermedades más frecuentes incluida la depresión) las condiciones determinantes del envejecimiento activo y 3) *estilos*

de vida, también llamados, comportamientos saludables. No obstante, en los últimos años se han establecido otros factores psicológicos relacionados con la personalidad, la motivación y la propia actividad del individuo. En definitiva, el envejecimiento activo es un nuevo concepto que requiere mucha más investigación sobre sus determinantes o predictores siendo ésta una de las razones justificativas para realizar esta investigación.

Con base en estos planteamientos, los objetivos específicos en esta investigación han sido los siguientes: Dadas las características formales de esta convocatoria (la finalización del estudio deberá finalizar en diciembre de 2006), los *objetivos específicos* que se proponen en este concreto Proyecto son los siguientes: 1) Diseñar y planificar la primera oleada del estudio longitudinal sobre envejecimiento activo. 2) Preparar (a partir de la experiencia de los miembros del equipo en estudios semejantes) un *Protocolo de Investigación Longitudinal sobre Envejecimiento* (PILE) como instrumento básico de investigación. 3) Proceder al estudio de campo de la primera oleada lo cual constituirá, en sí misma, un estudio transversal sobre envejecimiento activo. 4) Análisis descriptivos, psicométricos e inferenciales que nos permitirán llegar a describir nuestra muestra y verificar la calidad del instrumento. 5) Informe, comunicación y diseminación de todo ello.

El *Protocolo de Investigación Longitudinal sobre Envejecimiento* (PILE) ha contado con los dominios, variables e instrumentos que aparecen en la Tabla 6. En resumen: los dominios y variables contempladas son las siguientes: *Salud física y comportamental* (salud, antropometría, medidas bio-conductuales, estilos de vida); *Funcionamiento cognitivo* (memoria de trabajo, coordinación viso-motriz, aprendizaje audio-verbal, estado mental); *Funcionamiento afectivo* (satisfacción con la vida y bienestar, 5-factores de la personalidad, resiliencia, regulación afectiva, control interno, auto-eficacia para envejecer), y *Funcionamiento social* (productividad social, relaciones sociales, ocio y tiempo libre, y condiciones socio-demográficas).

Con dicho protocolo se han evaluado, por entrevistadores entrenados, a 458 personas⁴ entre 55 y 75 años pertenecientes a cuatro contextos diferentes: muestra representativa (por sexo y edad) de población de esa edad (N= 98);

⁴) Nuestro agradecimiento más sincero a los participantes de este estudio sin cuya colaboración hubiera sido imposible este estudio.

muestra reclutada en Centros de mayores urbanos (N=289), muestra procedente de Centros de mayores en zona rural⁵ (N=49), de un programa universitario de mayores (PUMA) (N=25). Con estas muestras procedentes de distintos contextos pretendemos maximizar la variabilidad en cuanto a características demográficas de los sujetos a evaluar y seguir longitudinalmente.

Con respecto nuestro **instrumento** de recogida de información PELEA podemos concluir en síntesis lo siguiente:

- Las variables medidas en agregado presentan mayoritariamente altos o medios índices de consistencia interna poniendo de relieve una adecuada fiabilidad.
- A través de los análisis factoriales realizados se replican las estructura teórica previa lo cual habla a favor de la validez de constructo de las medidas e instrumentos utilizados en el PELEA. Así, el análisis factorial del protocolo en su conjunto arroja una estructura semejante a nuestras áreas de indagación; es decir, es coincidente con nuestra estructura conceptual de partida: Salud, Ajuste físico, Funcionamiento cognitivo, Funcionamiento emocional -Satisfacción, Emoción positiva, Satisfacción Auto-eficacia, Personalidad- y Relaciones y Participación social.
- Finalmente, los análisis correlacionales proveen de información más pormenorizada ajustándose a los hallazgos de la literatura sobre las distintas variables tratadas y permiten la generación de matrices multirasgo-multimétodo que permitirán la validez convergente y discriminante de los instrumentos utilizados.

La **caracterización** de la muestra de esta primera oleada en nuestra base de conocimiento para la investigación del envejecimiento activo es el siguiente:

- Desde el punto de vista de la estructura familiar, aproximadamente el 80% de nuestra muestra vive con su pareja (70,8%), o con sus hijos y nietos (33,6%) solo el 18,9% vive solo (datos semejantes a la población general).

⁵) Nuestro agradecimiento más sincero a los responsables de los Centros de mayores por su colaboración y constante apoyo al reclutar a los participantes de este estudio.

- El **funcionamiento intelectual** presenta el perfil esperable: las personas con más ingresos y nivel educativo y más jóvenes obtienen resultados significativamente más altos. El estado mental bastante bueno teniendo en cuenta que en el MMSE alcanzar casi 28 puntos de promedio (máximo 30, punto de corte para sospecha de deterioro cognitivo 24). Los restantes instrumentos utilizados ponen de relieve la enorme influencia de la edad, la educación y la situación económica en las medidas de funcionamiento intelectual. Los resultados en cuanto a educación hacen suponer que cuando las generaciones que cuentan con educación regular superior podremos encontrar un mejor funcionamiento intelectual en la vejez. Como será de esperar, también existen diferencias por lo que se refiere a la edad; el grupo mayor (65-75) obtienen puntuaciones más bajas que el grupo más joven (55-64). Hay que resaltar que el potencial de aprendizaje (plasticidad cognitiva) es alto de las cuatro submuestras y no existen diferencias significativas entre ellas.
- El **funcionamiento afectivo**. En primer lugar, la **satisfacción con la vida** de nuestra muestra es alta, 8 de cada 10 participantes informan sentirse bastante o muy satisfechos con la vida y un tercio de participantes consideran que están igual de satisfechos que hace cinco años y 4 de cada diez consideran que están más satisfechos que hace 5 años. No existen diferencias significativas entre los grupos seleccionados en su grado de satisfacción. Parcialmente (en una de las dos preguntas comentadas) los más jóvenes frente a los más viejos y los hombres frente a las mujeres expresan mayor satisfacción con la vida.
- Por lo que se refiere a la **ocurrencia de situaciones conflictivas** y a la forma de resolver éstas. Nueve de cada 10 personas afirman haber pasado por una situación difícil y de ellas, 6 de cada diez afirman que la resolvieron adecuadamente. Con respecto a en qué medida ello ha afectado al sujeto, no existen diferencias entre grupos.
- Existen amplias **relaciones sociales** tanto familiares como de amigos en nuestros participantes. El 90% de nuestra muestra se encuentra con sus familiares varias veces por semana e, incluso más de la mitad lo hace varias veces al día. Prácticamente el cien por cien de personas de

nuestra muestra se sienten unidos a más de un miembro de su familia y más del 50% se sienten unidos a más de cinco. Además, más del 60% tiene relación semanal o más frecuentemente, con aquellos amigos con los que guarda relación estrecha. Más del 70% considera que siempre cuenta con la ayuda (por ejemplo, ir al médico) la sin que existan prácticamente diferencias significativas por contexto, edad, género y educación.

- El 27,6% informa tener algún problema de **salud** que interfiera en sus actividades mientras que solo el 1,5% informa que no puede valerse por si mismo (lo cual contrasta con la población general), pero mientras 80% de los participantes procedentes de Centros Urbanos informa tener algún problema de salud solo lo hacen el 30% de las otras tres submuestras. 7 de cada a10 personas han sido diagnosticadas hace más de 3 meses de alguna enfermedad. A pesar de todo ello, la percepción de la salud es bastante buena aunque el grupo muestral y PUMA presentan mejor salud percibida que los procedentes de Centros de mayores. De la muestra total, cerca de un 60% consideran su salud buena o muy buena y un 75% considera que su salud es igual o mejor que hace 5 años. Si lo comparamos con los datos presentados anteriormente, nuestra muestra, en general, tiene una mejor salud subjetiva que la población general.
- Por lo que se refiere a los **estilos de vida**, solo una de cada diez personas fuman, y gran parte de ellos cuidan su dieta y no beben en exceso. Además, solo dos de cada diez personas informan tener una actividad sedentaria mientras que un tercio realizan actividad física ligera y casi el 25% realizan actividad moderada asiduamente. Hay que resaltar que la actividad física, que ha sido el “talón de Aquiles” de los estilos de vida y la salud comportamental de las personas mayores, está incrementándose fuertemente en los últimos tiempos lo cual habla a favor de la conciencia de este grupo de edad de los beneficios del ejercicio físico así como de las oportunidades que encuentran.
- Las características **antropométricas**, **psicofisiológicas** y **bioconductuales** más relevantes son las siguientes: La media en estatura de nuestros participantes es de 1.60 m. (hombres=1,67, mujeres=1,54), con un peso medio de 73 Kgr. (hombres=80,

mujeres=70) con un índice de masa corporal de 28,98 (hombres=28, mujeres=29). Estos resultados indican que un alto porcentaje cuenta con sobrepeso pero ello está en consonancia con los datos poblacionales. Las medidas de capacidad pulmonar, fuerza, velocidad, tasa cardiaca y presión arterial corresponden a los valores normales teniendo en cuenta el sexo y la edad de la muestra.

- Por lo que se refiere a **valores sociales**, la seguridad es el más frecuente considerado como más importante por nuestros participantes, seguido de la igualdad y la independencia. Conviene resaltar que estos dos últimos, en otros estudios, son propios de los jóvenes. Los considerados como menos importantes son el poder, el éxito y el hedonismo. En otras palabras estos valores contrastan con los de los jóvenes.
- Finalmente, con base en nuestra definición operativa **de envejecimiento activo** (no necesitar ningún tipo de ayuda, no tener ningún problema de salud, poder valerse por sí mismo, calificar la salud como “buena” o “muy buena”, haber obtenido en el MMSE una puntuación superior a 27, estar “bastante” o “muy” satisfecho con su vida, estar “igual” o “más” satisfechos con su vida ahora que hace 5 años, realizar más actividades productivas que la media del grupo y que alguien cuente con contigo para resolver problemas) hemos tratado de establecer el porcentaje de individuos que presentan envejecimiento activo. Un 15% de participantes presentan esos criterios. Sin embargo existen grandes diferencias significativas entre submuestras (Puma 32%, Centros urbanos 13%), en función de la edad (21% jóvenes, 14% mayores), con base en el sexo (hombres 18% mujeres 14%) y educación (28% universitarios, 9% sin estudios). Hay que resaltar, que como señalamos en la introducción, el porcentaje de personas que envejecen con éxito en los estudios longitudinales realizados es muy variado oscilando entre un 12 y un 50%.

En resumen, todos estos resultados son meramente descriptivos de la muestra utilizada, habremos de esperar al seguimiento de esta muestra a lo largo del tiempo para poder obtener resultados más relevantes tanto por lo

que se refiere a la definición del envejecimiento activo como sus determinantes.

Bibliografía citada

Aranceta J., Serra L., Foz M., Moreno B., (2005). Prevalencia de Obesidad en España. *Medicina Clínica*, 125 (12), 460-6.

Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press

Baltes, P.B. & Baltes M.M. (1990): Baltes, P.B. y Baltes, M.M.: *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: University press.

Baltes, M. M. & Carstensen, L. L. (1996) The processes of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422.

Baltes, P.B. and Schaie, K.W. (1974). The myth of the twilight years. *psychology Today*, 40, 35-38.

Baltes, P.B. and Schaie, K.W. (1976). On the Plasticity of Intelligence in Adulthood and Old Age. *American Psychologist*, 31, 720-725.

CIRES (1992): *La realidad social. en España : (Octubre 1992-junio 1993) / CIRES (Centro de Investigaciones sobre la Realidad Social. Madrid. Ediciones B.*

CIRES (1996): *La realidad social en España_ (Septiembre 1005-Junio 1996) / CIRES (Centro de Investigaciones sobre la Realidad Social). Madrid. Ediciones B.*

Depp, C.A. & Jeste, D.V. (2006). Definitions and Predictors of Successful aging: A comprehensive Review of Larger Quantitative Studies. *Am. J. Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.

Diez-Nicolás, J & Fernández-Ballesteros, R. (2002). El envejecimiento de la Población Española. In R. Fernández-Ballesteros, & Diez Nicolás, J. (Dir.), *Libro Blanco Sobre la Enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*. Madrid, Caja Madrid, Obra Social.

Díez Nicolás, J. (1996): *Los mayores en la Comunidad de Madrid, estudio sobre las necesidades y recursos para la tercera edad*. Fundación Caja Madrid. Madrid.

Eurostat (2001). Labour Force Survey Principal results 2000. *Statistics in focus, Population and Social Conditions, Theme 3-10/2001*.

Fernández-Ballesteros, R: (1986): *Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad*". En A. Marchesi, M.Carretero y J. Palacios (Dir.): *Psicología Evolutiva*. Alianza Universal. Madrid.

Fernández-Ballesteros, R. (1996): *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Fernández-Ballesteros et al. (1996): *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (SERA)*. IMSERSO

Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos*. In Ponencias en las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención. AMG, Barcelona.

Fernández-Ballesteros et al. (1999): *Qué es psicología de la vejez*. Biblioteca Nueva. Madrid.

Fernández-Ballesteros, R., Díez Nicolás, J. y Ruiz Torres, A. (2001): "Aging in Spain". En J.J.F. Schroots, R. Fernández-Ballesteros y R. Rudinger (Dis.): *Aging in Europe*. IOS Press. Ámsterdam.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social: Introducción*. In Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2000): *Gerontología Social*. Madrid. Editorial Pirámide.

Fernández-Ballesteros (2002): *Introducción: el envejecimiento de la población*. En R. Fernández-Ballesteros y J. Díez Nicolás (Dirs.): *Libro Blanco sobre la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Obra Social Caja Madrid.

Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2002): *Vivir con Vitalidad*. (5 Volúmenes) Madrid, Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Envejecimiento satisfactorio*. In Martínez Lage (Dir), *Corazón y cerebro, ecuación crucial de envejecimiento*. Madrid: Pfizer.

Fernández-Ballesteros, R. & López Bravo, M. (2002). *Ocio y tiempo libre*. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Vivir con Vitalidad*. Vol. 4. Madrid. Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (Ed.) (2003): *Encyclopedia of Psychological Assessment*. Londres SAGE Publications.

Fernández-Ballesteros, R. (2003): *Una perspectiva psico-social: Promoción del envejecimiento activo*. En L. Salvador, A. Con, J.R. Cabo y F. Alonso (Dir.): *Longevidad y vida saludable* AECES. Madrid.

Fernández-Ballesteros, R, Caprara, M.G.; García, L. (2005): *Vivir con vitalidad-m.: A european multimedia programme*. Psychology in Spain. Vol. 9, nº1, 1-12.

Fernández-Ballesteros, R. (en prensa): *Active Ageing. Contribution from Psychology*. Goteborg: Hugrefe.

Fisher, B.J. (2002). Successful aging and life satisfaction: A pilot study for conceptual clarification. *Int. J. Aging Human Development*, 41, 239-250. (NO APARECE 1992).

Fries, J.F. (1989). *Aging well*. Reading: Mass., Addison-Wesley Pub.

Fries, J. F. (1989). Aging natural death and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303, 130-135

Fries, J. F. (1990). Medical perspectives upon successful aging. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.

Gould, R. L. (1977). *Ontogeny and Phylogeny*. Cambridge, MA: Harvard University Press

Heckhausen, J. & Schulz, R. (1993). Optimization by Selection and Compensation: Balancing primary and secondary control in life-span

Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304. (no 1993)

Heckhausen, J. (1997). Developmental regulation across adulthood: Primary and secondary control of age-related challenges. *Developmental Psychology*, 33(1), 176-187.

IMSERSO (1997): *Plan Gerontológico*. Madrid: IMSERSO

IMSERSO (2005): *Libro Blanco sobre la Dependencia*. Madrid: IMSERSO.

Klein, C. W & Bloom, M. (1997). *Successful Aging: Strategies for Healthy Living*. New York: Plenum Press

Krause, N. (1995). Life Stress, Social Support, and Self-Esteem in an Elderly Population. *Psychology of Aging*, 2, 349-356.

Krause, N. (1988). Stressful life events and physician utilization. *Journals of Gerontology*, 43(2), 53-61.

Lewinsohn, P. M. (1990). A behavioral approach to depression. In R. M. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary theory and research*. Washington, D. C.: Winston Willey

Lehr, U. (1989). A Challenge for Psychology and Psychologists. 1 st European Congress of Psychology. Amsterdam.

Lupien, S.J. & Wan, N. (2004). Successful ageing: from cell to self. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B.*, 359, 1413-1426.

Lykken, D y, A. Tellegen(1966). Happiness, is a stocastic phenomenon?.

Psychological Science, 7 (3), 312-21.

Manton, KG et al. (1997). Changes in the age dependence of mortality and disability : cohort and other determinants. *Demography*, 34: 135-157.

Martínez F., 1998. *Pruebas de función pulmonar* . Protocolo ATS. Sociedad Americana del Toráx. Ed. Aurach.

Palmore, E. (1979). Predictors of successful aging. *The Gerontologist*, 19, 427-431.

Peel, N.M., McClure, R.J., & Bartlett, H.P.(2005). Behavioral Determinants of Health Aging. *Am J. Prevention Medicine*, 28, 298-304.

Riley, M.W; Khan, R. & Foner, A. (1990). Age and Structural Lag: Society's Failure to Provide Meaningful Opportunities in work, Family and Leisure. New York, NY: John Wiley & Sons.

Rowe, J. W. & Khan, R. L. (1989). Human Aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.

Rowe, J. W. & Khan, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.

Rowe, J. W. & Khan, R. L. (1998) *Successful Ageing, USA*: Pantheon Books.

Ruiz-Vargas, J. M. (2002). Mejore su memoria: siempre hay tiempo. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Vivir con Vitalidad*. Vol. 3. Madrid. Piramide.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Ryff, C.D. y Keyes, C.L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.

Schaie, K. W. (1996). *Adult intellectual development: The Seattle Longitudinal Study*. New York: Cambridge University Press.

Schaie, K.W. (1990). Intellectual Development in Adulthood. In J. E. Birren & K. W.Schaie (Eds.), *The handbook of psychology of aging*. New York: Academic Press.

Schaie, K.W. (1996). Generational differences. In J.E. Birren (ed.) *Encyclopedia of Gerontology. Age, aging, and the aged*. San Diego: Academic Press.

Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1986). Can decline in adult intellectual functioning be reversed? *Developmental Psychology*, 22, 223-232.

- Schroots, J. J. F. (1993) (Ed.). *Aging, health and competence*. Amsterdam: Elsevier.
- Schroots, J. J. F. (1995). Psychological models of aging. *Canadian Journal on Aging*, 14, 44-67.
- Schroots, J. J. F., Fernández-Ballesteros, R. & Rudinger, G. (1999). Aging in Europe: Perspectives and Prospects. In J. F. Schroots, R. Fernández-Ballesteros & G. Rudinger (Eds), *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press.
- Schulz, R. & Heckhausen, J. (1996). A life-span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Strawbridge et al (2002). Successful aging and well-being: Self-Reports compare with Rowe & Khan. *Gerontologist*, 42: 727-733.
- United Nations (2002). *Madrid II Internacional Plan of Action on Ageing (MIPAA)*. Nueva York: United Nations.
- United Nation and Internacional Association of Gerontology (2002): *Research Agenda on Aging*. Nueva York: UN-IAG.
- Watson, D. y Clark, L.A. (1992). Affects Separable and Inseparable: On the Hierarchical Arrangement of the Negative Affects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1-17.
- Wechsler, D. (1975). *Escalas de Medida de la Inteligencia para Adultos*. Madrid: TEA.
- World Health Organization (2002): *Active Ageing*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1998). *Life in the 21st century, a vision for all report of the Director-General*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1996). *The Heidelberg Guidelines for Promoting Physical Activity Among Older Persons*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2000). *The World health report 2000*. Genova: WHO.
- World Health Organization (2002). *WHO Regional Publications. European series. N.97*
- World Health Organization (2002). *Active Ageing*. Geneva: WHO.