

## Las diferencias individuales en el proceso de envejecimiento humano

Josep M. Tous  
Jordi Navarro  
Universitat de Barcelona

*En este artículo se repasan los diferentes objetos de estudio que a lo largo del siglo XX han tenido las investigaciones sobre el proceso de envejecimiento humano, hasta llegar al estudio de las diferencias individuales entre grupos, entre individuos e intra-individuales. Se presentan algunos datos descriptivos generales que demuestran la existencia de diferencias individuales a tener en cuenta en el estudio del proceso de envejecimiento: sexo, edad, estado civil y personalidad, según las dimensiones extraversión y neuroticismo. Además, se comparan datos subjetivos, resultado de las autopercepciones registradas mediante la entrevista estructurada, con datos objetivos que incluyen la salud física y psicológica en general.*

*Palabras clave: Envejecimiento, personalidad, diferencias individuales, satisfacción personal, bienestar psicológico.*

*This article reviews the main trends in human aging research during the XX century upto and including the study of differences between individuals in groups, between individuals and intra-individuals. Descriptive data are presented which demonstrate the need to take into account individual differences in the study of the aging process. These variables include sex, age, marital status, and the personality dimensions of extraversion and neuroticism. A comparison is made between the subjective data drawn from self-perceptions recorded via partially structured interviews and objective data, including general psychological and physical health.*

*Key words: Aging, Personality, Individual differences, Personal satisfaction, Psychological well-being, Self-perception.*

Generalmente, cuando se estudia la vejez como etapa evolutiva de la vida ésta tiende a considerarse como un todo homogéneo que no diferencia entre las apreciaciones objetivas (fisiológicas, sensoriales y funcionales) y las apreciaciones subjetivas (estado de ánimo, humor, satisfacción personal o bienestar psicológico) de sus miembros. Además, tiende a olvidarse el estudio de las diferencias individuales (entre grupos e inter e intra-individuales) que están determinadas por variables demográficas (sexo, edad, profesión ejercida, recursos económicos y materiales, estatus social, edad de jubilación, etc.), variables psico-sociales (familia, contactos sociales, visitas realizadas o recibidas, número de amistades, grado de vinculación e implicación en las relaciones sociales, etc.) y variables psicológicas (inteligencia, personalidad, habilidades sociales).

La investigación en el campo de la vejez fue desordenada hasta la aparición de revistas como *The Journal of Gerontology*, 1946, *The Gerontologist*, 1961, traducida al castellano como *Revista de Gerontología*, y de asociaciones de profesionales como *The Gerontological Society (A.P.A.)*, 1945, *The Gerontological International Association*, 1950, congresos de Gerontología (1947, 1951), y de las siguientes sistematizaciones sobre la vejez (Birren, 1961; Duocastella, 1976; Lehr, 1977 (traducido al castellano en 1988); Moragas, 1989; Vega y Bueno, 1995). También contribuyeron estos esfuerzos a que se empezara a investigar la vejez desde diferentes enfoques, con mayor corrección metodológica y estadística, con una selección más representativa de las muestras y con unas conclusiones más ajustadas a los datos y alejadas de los estereotipos sociales negativos que las sociedades modernas atribuyen a la vejez como etapa, al envejecimiento como proceso y a las personas viejas como individuos.

De los primeros trabajos transversales centrados en el estudio de la inteligencia general a partir de los *Army test* (Foster y Taylor, 1920, Yerkes, 1921, Hull, 1922, en Lehr, 1988), que dieron como fruto el «modelo deficitario» de la vejez, se pasó al estudio en 1948, a partir del test de Weschler, de las capacidades específicas de la inteligencia como: información general, vocabulario, aritmética, semejanzas, mosaico, figuras (Weschler, 1981) que aportaron los primeros resultados sobre diferencias individuales, así como la realización de investigaciones longitudinales que invalidaban parcialmente los resultados obtenidos transversalmente (Amelang y Bartussek, 1986). La mayor precisión de los estudios aportó conocimientos sobre las diferencias inter-individuales en la vejez, ya que a medida que se avanza en la edad se incrementan las desviaciones estándar de los valores medios obtenidos, teniendo, por tanto, un claro indicador de la existencia de importantes diferencias individuales, en el proceso de envejecimiento que deben ser explicadas.

Paralelamente a estas primeras investigaciones, la medicina y la psicología médica estudiaron las capacidades sensoriales, en relación al rendimiento óptimo de las personas, en el mundo laboral (Mira y López, 1947). Este enfoque aportó resultados similares a los que defendía el modelo deficitario de la vejez al no tener en cuenta que los mecanismos individuales de adaptación (estrategias de afrontamiento) a los cambios producidos por la edad y la selección de las variables más relevantes de la tarea (aprendizaje) podían compensar el bajo rendi-

miento en ciertas aptitudes y habilidades medidas en el laboratorio. A medida que los avances tecnológicos lo permitían, los trabajos que podemos denominar psico-médicos pasaron a estudiar los indicadores de calidad de vida en la vejez (Fernández Ballesteros *et al.*, 1992; Montorio e Izal, 1992; Reig, 1994; Fernández Ballesteros, 1994) y a utilizar variables predictoras de una mejor calidad de la vejez, sustituyendo estos trabajos a aquellos estudios que sólo se interesaban por la longevidad (Miquel, 1992, 1994).

Tras las investigaciones centradas en las capacidades se pasó a estudiar otros fenómenos como el temperamento (la manera de percibir) y como el carácter (la forma de expresarse) de las personas, para más tarde iniciarse el estudio de dimensiones específicas de personalidad (impulsividad, dependencia/independencia de campo, locus de control) (Bachs, 1980), llegando al actual auge de las investigaciones psico-sociales con el estudio de las habilidades sociales (Pelechano, 1991; 1992) y los trabajos de asistencia comunitaria (Muchnik, 1993) que constituyen la mayoría de las publicaciones en este área junto con el trabajo sobre la personalidad en la vejez de McCrae y Costa (1990).

El objetivo de este trabajo es el de mostrar la existencia de numerosas diferencias en la población normal, o sea, con un buen estado de salud y autonomía que representa el 85% de las personas que en la actualidad constituyen la vejez (Guillén Llera, 1989) y que justifican plantear el estudio del envejecimiento como un proceso, para ello nos hemos planteado:

a) Analizar la existencia de diferencias entre las personas mayores que constituyen una muestra de esta población en relación a variables demográficas (como sexo y edad), sociales (como la red de contactos personales y la calidad de las relaciones interpersonales) y psicológicas (como capacidades y rasgos de personalidad).

b) Dado que los ancianos acostumbran a encontrarse también como residentes internos en centros asistenciales especializados en atención geriátrica, en un 3 a 5% de la población general (Cohen, 1980), hemos utilizado los datos disponibles de una muestra de esta población como grupo control del presente trabajo.

c) Otro grupo control lo ha constituido una muestra de alumnos de Psicología de la Universidad de Barcelona a los que se les ha administrado un protocolo adaptado de las pruebas.

## Método

### *Sujetos*

La selección de la muestra se realizó a través de un muestreo no probabilístico entre la población objeto de estudio, personas mayores de 55 años según los criterios siguientes:

a) Disponer de autonomía física para vivir de manera independiente, jubiladas o no, sin enfermedades crónicas incapacitantes ni invalidantes.

b) No presentar ningún tipo de psicopatología manifiesta, ni estar tomando medicación psicotrópica, así como no presentar problemas neurológicos graves, incapacitantes o invalidantes para la vida cotidiana (p.ej. Alzheimer, Pick, Parkinson, etc.).

Las personas seleccionadas participaron de manera voluntaria, dando su consentimiento para las entrevistas y la administración de pruebas, una vez eran informadas de las características y objetivos de la investigación. La selección estratificada se realizó según dos estratos: uno, entre las personas que asistían libremente a las diferentes actividades lúdicas, culturales o recreativas de casales de barrio de municipios pertenecientes al área metropolitana de Barcelona y, otro, entre las personas que acudían a centros médicos homologados para la certificación de aptitud psico-física para la conducción de vehículos.

La muestra final estuvo formada por 203 personas de edades comprendidas entre los 55 y los 90 años, con una edad promedio de 73,16 años (y una desviación de 6,23 años). El 78,75% de la muestra estaba formada por hombres y el 21,25% por mujeres. En relación a la representatividad de la muestra seleccionada, Lehr (1988) nos da una explicación de la mayor presencia de varones, basada en el hecho de solicitar voluntarios.

Como grupos control para las comparaciones se utilizaron como se ha dicho dos muestras:

a) Una muestra de 108 personas de un trabajo anterior (García Pérez y Tous, 1992) internadas en un centro asistencial, con edades comprendidas entre los 66 y los 93 años, con un promedio de edad de 77.21 años (ds.=6,39), el 43.5% de las cuales eran hombres (promedio de 76 años, ds.=7.2) y el 56.5% mujeres (promedio de 77.9 años, ds.=5.0).

b) Una muestra de 130 alumnos de la Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona, con edades comprendidas entre los 18 y los 45 años, con un promedio de edad de 22.56 años y ds de 8.58, el 42% de los cuales eran hombres y el 58% mujeres.

### *Material e Instrumentos*

1) *Test de Raven*: la medida de la inteligencia se ha llevado a cabo mediante el test de Raven (1987) para individuos sin escolarización, en la versión reducida de 34 ítems, bajo la suposición de tener una carga cultural, social o de aspectos lingüístico-verbales nula. La administración de este instrumento se ha realizado sin tener en cuenta el factor tiempo.

2) *Entrevista estructurada*: constituida por la Escala de Porter (1961, 1962, 1963), adaptada por Tous (1978) y utilizada en García Pérez y Tous (1992) para el estudio del nivel de aspiración, en la vejez, de personas que viven internadas en centros asistenciales, y en Navarro Montes (1993, 1997) para el estudio del nivel de aspiración, en la vejez, de personas que viven de manera autónoma.

3) Adaptación de la *Escala de Salud General de Goldberg* en su versión reducida de 28 ítems de Lobo *et al.* (1986) y validada por Mateos *et al.* (1990) en nuestro contexto. Adaptación de la Escala de satisfacción laboral de Tous Pa-

llarès (1993) y Tous Pallarès *et al.* (1994) a una Escala de Satisfacción Personal para estudiar la motivación en la vejez. Adaptación de las preguntas sobre *extraversión* y *neuroticismo* obtenidas del cuestionario de personalidad EPI de Eysenck y Eysenck (1973).

4) *Cuestionario de vida*, un listado de preguntas que pretende recoger los datos socio-demográficos más relevantes en la vejez.

5) *Prueba de habilidades psicomotrices*: test de *coordinación visomotora bimanual* del menú de pruebas del examen psicotécnico de aptitud psico-física en la conducción de vehículos (Monterde y Bort, 1989).

La entrevista consistía en la lectura en voz alta de las preguntas con posibilidad de ofrecer respuestas abiertas, que después las personas situaban en una escala gráfica de valoración de cinco puntos tipo Likert. La persona encargada de realizar las entrevistas fue la misma para toda la muestra.

### *Procedimiento seguido en la recogida de datos*

Para la recogida de datos se siguió un diseño mixto longitudinal-transversal, denominado *diseño secuencial-generacional* por Zarit y Zarit (1989), que consiste en la evaluación de diferentes generaciones de manera paralela o simultánea, pero a lo largo de un periodo de tiempo menor al que utilizaría un diseño longitudinal tradicional. Nuestro seguimiento de las diferentes generaciones ha sido de cuatro años, en el que las medidas han sido tomadas a los sujetos en tres ocasiones.

Mediante este tipo de diseño se han intentado superar, aunque creemos que muy ligeramente, algunas de las limitaciones que son propias de los diseños evolutivos tradicionales, como el efecto de las diferencias entre-generaciones en los diseños de estudio transversales o el efecto de la memoria por la reiteración de las mismas pruebas en los estudios longitudinales (Navarro Montes, 1997).

Las entrevistas tenían una duración promedio de dos horas, fueron individuales y se siguió el mismo orden en la exposición de las pruebas y preguntas:

1) Presentación breve del proceso de entrevista a seguir, consentimiento de la persona a su realización y una explicación superficial de los objetivos de la investigación. Se aseguró el anonimato de los datos recogidos y se eliminaron de la muestra un 7% de los casos, por las reticencias mostradas ante la administración de las pruebas.

2) Entrevista estructurada acerca del nivel de aspiración con las preguntas de personalidad y de satisfacción personal aleatorizadas según la adaptación expuesta en el apartado de material.

3) Administración supervisada del test de Raven (1987), controlando la comprensión de los ejemplos. Se eliminaron el 21% de los casos por ejecutar incorrectamente la prueba.

4) Y por último, el test de coordinación visomotora bimanual y los datos más personales del *cuestionario de vida*, dado que al final existía un mayor grado de confianza entre entrevistador y entrevistado/a.

Aunque la duración total del proceso de entrevista fuera considerable, ésta se realizaba a un ritmo tranquilo, sin presión por el tiempo, haciendo entre tres y

cinco descansos según las personas, y deteniendo el proceso de evaluación si las personas se mostraban cansadas por las pruebas. Al final de la sesión se evaluó el grado de cansancio manifestado en una escala gráfica de cinco puntos, obteniéndose una puntuación promedio de 3,26 puntos (ds. 0.78).

## Resultados

Se exponen las diferencias estadísticamente significativas inter-individuales, primero, y entre grupos después, sobre las variables que se han analizado.

### *Diferencias entre individuos*

1. El *género* es una de las variables que ha delimitado mayores diferencias inter-individuales, obteniéndose numerosas diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Así tenemos que entre las variables relacionadas con el área *psico-física* destacan la salud subjetiva ( $t=-2.22$ ,  $p=0.03$ ) indicando que las mujeres manifiestan autopercepciones más positivas referidas a su salud, y la salud objetiva ( $t=-2.16$ ,  $p=0.036$ ) indicando que las mujeres poseen un mejor estado de salud general según juicio médico.

Entre las variables relacionadas con el área *psico-social* destaca el vivir acompañado/a ( $t=-3.82$ ,  $p=0.0001$ ) indicando que los hombres viven acompañados en mayor proporción que las mujeres, que muestran mayores índices de viudedad y soledad.

Entre las variables relacionadas con el *área de relaciones interpersonales* destacan los refuerzos recibidos por parte de los demás ( $t=-2.29$ ,  $p=0.026$ ) obteniéndose que las mujeres perciben recibir más refuerzos sociales que los hombres, y el sentirse útiles y valorados/as ( $t=-2.17$ ,  $p=0.03$ ) obteniéndose que las mujeres se sienten más útiles y valoradas que los hombres durante su vejez.

2. La *edad*, como variable asignada, delimitó diferencias inter-individuales significativas estadísticamente en la vejez tan sólo en las variables demográficas (edad de jubilación) y de capacidades (coordinación psico-motriz e inteligencia en el test de Raven) al comparar los grupos de menos y más de 75 años de edad.

Entre las variables referidas al área *psico-física* destacan la inteligencia medida por el test de Raven (1987) ( $t=2.15$ ,  $p=0.05$ ) que manifestó puntuaciones más bajas en las personas de más edad, las capacidades cognitivas ( $t= 2.76$ ,  $p=0.007$ ) obteniéndose puntuaciones más bajas en las personas de más edad y la coordinación psicomotriz ( $t=10.59$ ,  $p=0.0001$ ) obteniéndose puntuaciones más bajas en las personas de más edad.

3. La *profesión ejercida* y el estatus, mostraron mayores diferencias entre personas, obteniendo que quienes ejercieron profesiones liberales manifestaban mayor bienestar psicológico; se mantenían más activas, algunas ejerciendo aún la profesión, mantenían más y mejores contactos sociales, sintiéndose además valoradas, estimadas y útiles.

Cabe considerar las actividades o aficiones intelectuales habituales ( $t=-4.76$ ,  $p=0.0001$ ) y el número de aficiones diferentes realizadas ( $t=2.44$ ,  $p=0.017$ ) que nos indican que las personas con profesiones liberales realizan más actividades (ejercicios/entrenamientos) intelectuales y tienen una mayor variedad de actividades a realizar (menor monotonía) respecto al resto de profesiones (comercio, no cualificadas, rurales). La satisfacción personal o bienestar psicológico ( $t=1.93$ ,  $p=0.05$ ) indican que las personas con profesiones liberales manifiestan un mayor bienestar psicológico en su vejez respecto al resto de profesiones.

4. El estado de salud según juicio médico es otra variable necesaria, aunque no suficiente para el bienestar psicológico en la vejez, que sólo delimitó diferencias inter-individuales en las variables referidas a capacidades (inteligencia, coordinación psico-motriz y ejercicio físico). Destacando el ejercicio físico realizado habitualmente ( $t=4.18$ ,  $p=0.001$ ) según el cual las personas con un mejor estado de salud general realizan más ejercicio habitualmente, y la coordinación psicomotriz ( $t=-3.60$ ,  $p=0.001$ ) indicando que las personas con un mejor estado de salud manifiestan una mayor coordinación psicomotriz.

El estado de salud auto-percibido delimita, sin embargo, más diferencias entre personas en la satisfacción en las áreas de seguridad, material y fisiológica. Sobresaliendo la salud objetiva (según juicio médico) ( $t=23.35$ ,  $p=0.001$ ) indicando que las personas con percepciones más positivas sobre su salud son las que tienen un mejor estado de salud según juicio médico, y el mantenimiento del nivel de vida actual ( $t=2.67$ ,  $p=0.015$ ) indicando que las personas que perciben su salud como más positiva manifiestan mejores expectativas de confort material.

5. La personalidad estudiada según las dimensiones de la extraversión y el neuroticismo puso de manifiesto numerosas diferencias inter-individuales en la vejez, indicando estas variables que la independencia entre la estabilidad emocional y la extraversión tiende a disminuir con la edad. Las diferencias entre individuos extravertidos estables por una parte, y extravertidos inestables e introvertidos inestables por otra, se observan a favor de los primeros en el bienestar psicológico, en la percepción del estado de salud, en la actividad social realizada (visitas, contactos) dentro y fuera de la familia y en la actividad física cotidiana. También las personas extravertidas y estables emocionalmente obtienen mejores puntuaciones en sociabilidad, tienen más amistades y se sienten más satisfechas de las interacciones sociales, es decir, que la percepción de bienestar psicológico en la vejez se relaciona básicamente con las siguientes variables psico-sociales:

La extraversión en la vejez se relaciona con la satisfacción general o bienestar psicológico ( $t=6.23$ ,  $p=0.0001$ ) indicando que las personas extravertidas manifiestan mayor bienestar psicológico respecto a las personas introvertidas, asimismo se relaciona con la salud subjetiva (autopercebida) ( $t=2.45$ ,  $p=0.015$ ) obteniéndose que las personas extravertidas tienen percepciones más positivas de su salud que las personas introvertidas, y también se relaciona con el número de actividades cotidianas realizadas ( $t=4.26$ ,  $p=0.0001$ ) indicando que las personas extravertidas realizan más actividades y más variadas que las personas introvertidas.

En relación al Neuroticismo en la vejez destaca la edad de jubilación ( $t=2.02$ ,  $p=0.044$ ) que nos indica que las personas neuróticas se jubilan a menor

edad que las personas emocionalmente estables, y la puntuación en sociabilidad ( $t=9.32$ ,  $p=0.0001$ ) que nos indica, también, que las personas neuróticas manifiestan menores puntuaciones en sociabilidad en comparación con las personas emocionalmente estables.

### *Diferencias entre el grupo experimental (vejez con autonomía) y los grupos control de personas internadas en una residencia geriátrica y adultos universitarios*

Al comparar la vejez que vive de manera autónoma con la vejez internada en un centro asistencial, se han observado las siguientes diferencias estadísticamente significativas:

La satisfacción autopercebida (bienestar psicológico) ( $t=16.44$ ,  $p=0.0001$ ) obtiene puntuaciones de mayor satisfacción en el grupo que vive de manera autónoma. El estado de salud objetiva (grado de enfermedad) ( $t=-5.992$ ,  $p=0.0001$ ) indica que el estado de salud menos satisfactorio corresponde al grupo que vive internado en un centro asistencial. La edad cronológica ( $t=-5.368$ ,  $p=0.0001$ ) indica que el grupo de personas que viven ingresados en un centro tienen mayor edad en comparación con el grupo de personas que viven de manera autónoma. El estado civil ( $t=-10.312$ ,  $p=0.0001$ ) indica que en el grupo de personas internadas en centros asistenciales existe una mayor proporción de personas viudas y solteras en comparación con el grupo que vive de manera autónoma.

Al comparar la vejez autónoma con el grupo control adulto (universitarios) se han observado las siguientes diferencias estadísticamente significativas:

La sociabilidad ( $t=5.09$ ,  $p=0.001$ ) obtiene puntuaciones más elevadas en la vejez que vive con autonomía que en el grupo control de adultos, y la inteligencia medida por el test de Raven (1987) ( $t=-5.435$ ,  $p=0.0001$ ) indicando que el grupo control de adultos obtiene puntuaciones más elevadas en el test de Raven que el grupo experimental (vejez con autonomía).

## **Conclusiones**

1. El estudio de las diferencias individuales en la vejez nos aporta los siguientes conocimientos sobre esta etapa evolutiva. En relación a *las diferencias entre individuos*, encontramos cinco variables que han manifestado diferencias considerables: *a)* el género masculino/femenino, *b)* la edad, *c)* la profesión ejercida, *d)* la salud auto-percebida y *e)* los rasgos de personalidad.

*a)* En general, la población femenina manifestó un mayor bienestar psicológico en su proceso de envejecimiento. Sin embargo, este mayor bienestar se sustenta en variables psico-sociales y no en las variables de salud y confort material, lo que hace que la mayor hipocondría masculina se traduzca en una mayor prevención de la salud.

*b)* La variable edad determinó diferencias entre las denominadas primera vejez (hasta los 75 años aproximadamente) y segunda vejez (de los 75 en ade-

lante) en general en las pruebas de capacidades psicológicas, en el rendimiento en el test de Raven, siendo mejor en la primera vejez. Se obtuvo idéntica tendencia en los resultados en pruebas cognitivas y de coordinación psicomotriz, siempre a favor de la primera vejez, lo cual sería un indicador de un aumento no tan sólo de la longevidad sino también del buen funcionamiento mental.

c) En relación a la profesión ejercida, debe hacerse constar el solapamiento existente entre la evaluación de inteligencia realizada mediante el test de Raven (1987) y la variable estatus psico-socioeconómico ( $r_{xy}=0.4215$ ,  $p=0.01$ ). Tenemos así que, en general, las personas que ejercieron profesiones liberales, algunas de las cuales aún se mantienen en activo hasta los 75 o más años, manifiestan un mayor bienestar psicológico en la vejez, que se acompaña de mejor salud física y mental. En edades avanzadas, a partir de los 80 años, la profesión ejercida determina el bienestar o insatisfacción psicológica en la vejez, debido a que en estas personas la práctica y el entrenamiento realizados retrasan el deterioro.

d) En relación a la salud auto-percibida, que correlaciona negativamente con la objetiva ( $r_{xy}=-0.0904$ ) aunque sin llegar a la significación estadística, se debe hacer constar la relación detectada con los rasgos de personalidad, extraversión social en la vejez ( $r_{xy}=0.165$ ,  $p=0.001$ ) y neuroticismo en la vejez ( $r_{xy}=-0.2892$ ,  $p=0.001$ ). Las personas con mejores auto-percepciones de su estado de salud eran las personas más optimistas, sociables, extravertidas y con las puntuaciones más bajas en neuroticismo. Eran, además, las personas más relacionadas, con mayor actividad en general, más preocupadas por adaptarse y con mejores expectativas de futuro, siendo su coeficiente de correlación con el bienestar psicológico en la vejez de  $r_{xy}=0.5698$ ,  $p=0.001$ , correlacionando también, pero negativamente, con el grado de soledad percibido ( $r_{xy}=-0.3343$ ,  $p=0.001$ ).

e) Los rasgos de personalidad extraversión y neuroticismo en la vejez, al medir básicamente el componente de sociabilidad, sin la impulsividad, en la variable extraversión y el componente de estabilidad emocional sin los componentes de ansiedad y agresividad, pusieron de manifiesto que las personas extravertidas disponían de mayor estabilidad emocional, es decir, mejores auto-percepciones en todas las áreas estudiadas, realizaban más actividades y ejercicio físico, estaban más comunicadas con otras personas, de la familia y de fuera, tenían más aficiones y ocupaciones cotidianamente, mantenían más relaciones y más agradables, sintiéndose más estimadas y valoradas por los demás.

Los diferentes resultados que ofrece el estudio, por separado, de la salud objetiva y la salud subjetiva o auto-percibida nos pueden indicar la importancia de la personalidad en el bienestar psicológico en la vejez. Así, las personas más optimistas se quejarían menos de su salud en particular, y de su vejez en general, siendo menos aprensivas, más estables emocionalmente, más felices y con mejores expectativas de futuro. Mientras que las personas menos optimistas, más pesimistas, se quejarían más de su salud y de su vejez en general, siendo más aprensivas, más neuróticas, menos felices y con menores expectativas de futuro.

2. En relación a las *diferencias entre grupos* a partir de la *comparación con la muestra de adultos*, podemos decir que, a falta de estudios longitudinales que lo confirmen, se puede considerar a la vejez como la continuación de las anteriores etapas evolutivas, sin disrupciones, ya que los mismos recursos, habili-

dades y estrategias de afrontamiento de las que se disponía en anteriores etapas evolutivas sirven en la vejez para la resolución de problemas y para el afrontamiento de las nuevas situaciones. En general, y siguiendo la comparación entre grupos, el bienestar psicológico auto-percibido disminuye en la vejez. En particular, el área en que la vejez manifiesta más insatisfacción es la psico-social, sintiéndose personas menos estimadas, menos importantes y menos relacionadas que los adultos. Sin embargo, consideran como necesidades más importantes a cubrir en la vejez las de confort material, quedando en segundo lugar las sociales mientras que los adultos consideran en primer lugar la realización personal y en segundo lugar el confort material.

De la comparación de la vejez autónoma con *la vejez internada en centros asistenciales* se concluye que la vejez autónoma manifiesta una mayor satisfacción personal y bienestar psicológico, sintiéndose personas más estimadas, autosuficientes y relacionadas socialmente, aunque la vejez que vive en un centro también manifieste valores positivos en bienestar, pero inferiores. La variable que discriminó en mayor medida ambas muestras fue el estado de salud ( $t=-15.992$ ,  $p=0.0001$ ), es decir, las personas del centro geriátrico manifestaban un mayor número de enfermedades en comparación con las personas autónomas, pero al medir la auto-percepción del estado de salud, estas diferencias tendían a desaparecer. El estudio del área motivacional nos indica que la única diferencia entre ambas muestras se da en la importancia otorgada a las actividades de tiempo libre, siendo mayor en la vejez institucionalizada, debido seguramente a la disponibilidad de mayor tiempo por ocupar.

3. Aunque a partir del diseño secuencial-generacional de este estudio sea arriesgado extraer conclusiones sobre la variabilidad intra-individual, hemos observado la existencia de diferentes fases dentro del todo denominado vejez, como ya se había indicado, aunque de manera teórica, en Atchley (1976) y en Aragón (1987). Sin embargo, y en general, del análisis de las funciones transversales obtenidas se desprenden dos observaciones. Por un lado, tenemos un conjunto de funciones, a partir de variables relacionadas con aspectos biológicos o fisiológicos, que muestran tendencias similares a las funciones de las capacidades sensoriales y físicas, es decir, tendencias monotónicas decrecientes a partir de un punto de inflexión situado en torno a los 25 años de edad. Y por otro lado, tenemos las funciones de variables relacionadas con capacidades psicológicas o aspectos psico-sociales, en las que se observan fases con fluctuaciones que nos indican variabilidad intra-individual, y no sólo inter-individual, manifestada por tendencias sinusoidales (funciones cúbicas) con una última etapa decreciente.

Para ilustrar estos últimos comentarios, se ofrece un ejemplo de las funciones a las que nos hemos referido anteriormente como representativas del envejecimiento de la funcionalidad psico-fisiológica. Contamos con la función transversal-evolutiva de la inteligencia medida a través del test de Raven (1987) y con la función del rendimiento (porcentaje de error) en la prueba de coordinación psico-motriz que es un buen ejemplo de este tipo de tendencia monotónica decreciente (Figura 1). Por otro lado, las funciones representativas del envejecimiento según la funcionalidad psicológica podrían tener como ejemplo la función transversal-evolutiva del bienestar psicológico o satisfacción personal en la

vejez y la función de la auto-percepción sobre el propio estado de salud en la vejez (Figura 2). Estas funciones constituyen un claro ejemplo de la tendencia sinusoidal debida a la interferencia de las diferencias intra-individuales con las diferencias inter-individuales que nos sugieren la necesidad de proseguir estos estudios mediante diseños longitudinales que abarquen periodos de tiempo más amplios.

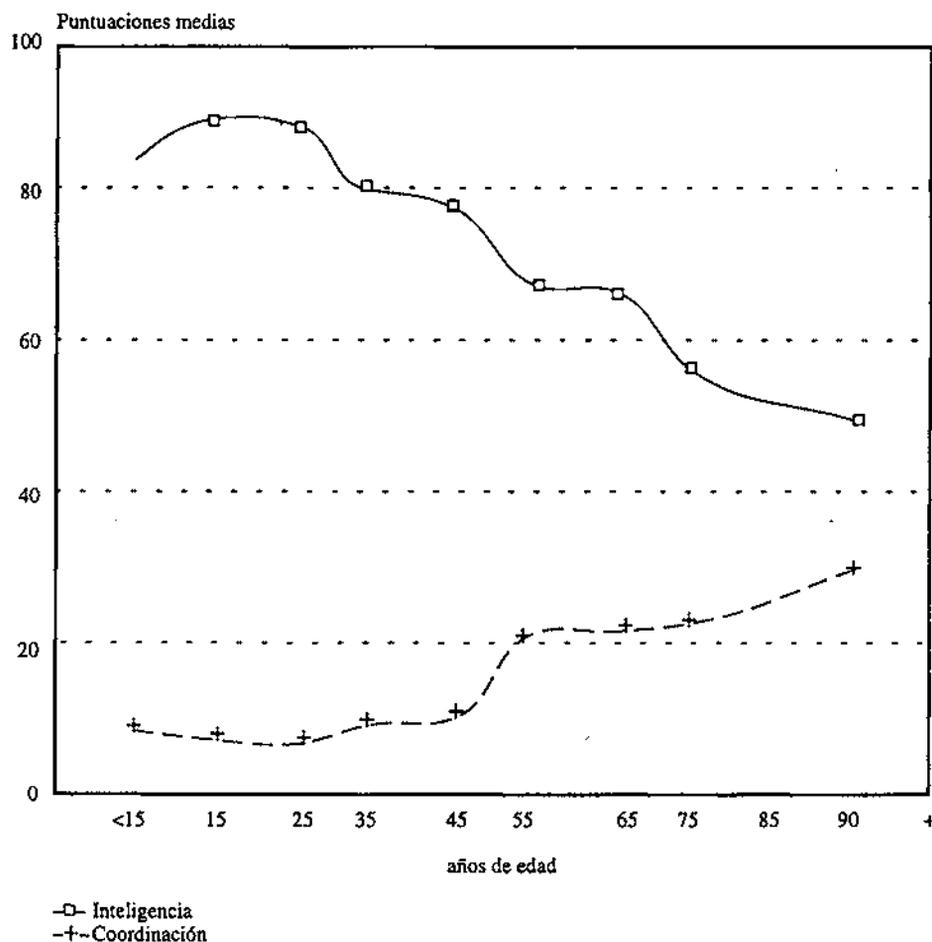


Figura 1. Ejemplos de funciones características de la evolución de las diferencias intra-individuales al evaluar las capacidades relacionadas con los aspectos biológicos o psico-fisiológicos. Se presentan las funciones evolutivas transversales con puntuaciones medias de las variables *coordinación psicomotriz* (porcentaje de error) e *inteligencia* medida con el test de Raven (1987). (Extraído de Navarro Montes (1997) para la muestra de vejez autónoma).

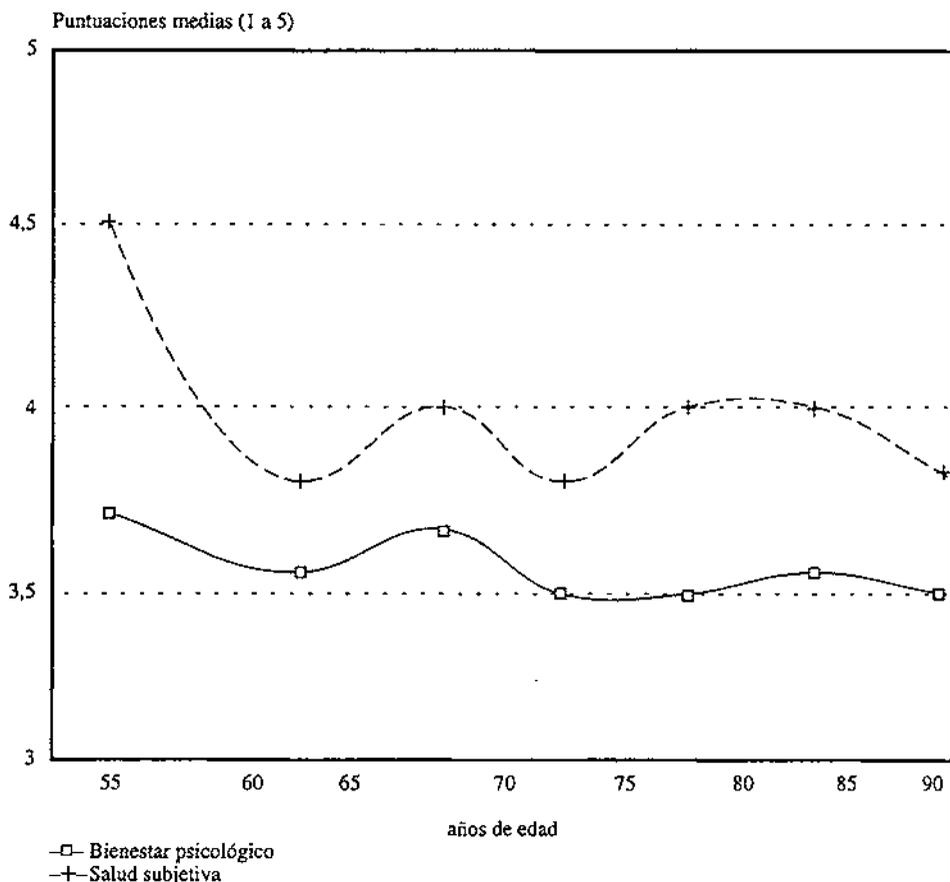


Figura 2. Ejemplo de funciones características de la evolución de las diferencias intra-individuales al evaluar las capacidades relacionadas con los aspectos psicológicos auto-percibidos. Se presentan las funciones evolutivas transversales de las variables *bienestar psicológico en la vejez* y *auto-percepción del estado de salud en la vejez*. (Extraído de Navarro Montes (1997) para la muestra de vejez autónoma).

## REFERENCIAS

- Amelang, M. y Bartussek, D. (1986). *Psicología Diferencial e Investigación de la Personalidad*. Barcelona: Ed. Herder. (Edición original en inglés, 1981.)
- Aragó (1987). Aspectos psico-sociales de la senectud. En J. Palacios, A. Marchesi y M. Carretero (Eds.), *Psicología Evolutiva. Adolescencia, Adultez y Senectud*. Madrid: Ed. Alianza.
- Bachs, J. (1980). *Psicología Diferencial*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Birren, J.E. (1961). A brief history of the psychology of aging. *Gerontologist*, 1, pp. 69-77.
- Cohen, G.D. (1991). *Envejecimiento cerebral*. Bilbao: Ed. D.D.B. (Edición original en inglés, 1988.)
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). Trait psychology comes on age. In T.B. Sonderegger (Ed.), *Nebraska symposium on motivation, 1991: Psychology and aging. Current theory and research in motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.

- Duocastella, R. (1976). *Informe sobre la tercera edad*. Barcelona: Edicions de Butxaca.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.G.B. (1973). *Adaptación española del cuestionario E.P.I.* Madrid: Ed. TEA. (Edición original en inglés, 1964.)
- Fernández Ballesteros, R. (1994). *Calidad de vida y vejez*. Comunicación presentada al Simposium Internacional sobre Psicología de la Salud y Envejecimiento. Murcia, marzo.
- Fernández Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J.L. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez*. Barcelona: Ed. Martínez Roza.
- García Pérez, M.C. y Tous, J.M. (1992). *Motivación y Vejez*. Barcelona: Fundació "La Caixa".
- Guillén Lleras, F. (1989). Envejecimiento, membrana neural y demencia. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 24 (1), pp. 1-2.
- Lehr, U. (1988). *Psicología de la senectud* (2a. edición). Barcelona: Ed. Herder. (Edición original en alemán, 1977.)
- Lobo, A. et al. (1986). Validity of the scaled version of the Goldberg Health Questionary in a spanish population. *Psychological Medicine*, 16, pp. 135-140.
- Mateos, R. et al. (1990). *Validación de la escala de Depresión del G.H.Q. en la tercera edad*. Comunicación presentada al V Simposium Nacional del Comité para la prevención y el tratamiento de las depresiones (P.T.D. España). Pontevedra, mayo.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T. (1990). *Personality in adulthood*. New York: Guilford.
- Miquel, J. (1992). *Envejecimiento, rejuvenecimiento y revitalización*. Comunicación presentada a las IV Jornadas sobre Psicología Clínica y Salud. *Psicología de la Salud y Envejecimiento*. Murcia, noviembre.
- Miquel, J. (1994). *Envejecimiento normal y patológico del SNC*. Comunicación presentada al Simposium Internacional sobre Psicología de la Salud y Envejecimiento. Murcia, marzo.
- Mira y López, E. (1947). *Manual de Orientación Profesional*. Buenos Aires: Ed. Kapelusz.
- Monterde y Bort, H. (1989). *El examen psicológico de conductores en España con los equipos normalizados*. Driver-Test N-820 y N-835.
- Montorio, I. e Izal, M. (1992). Bienestar psicológico en la vejez. *Revista de Gerontología*, vol. 26 (3), pp. 145-154.
- Moragas, R. (1989). *La jubilación: un enfoque positivo*. Barcelona: Ediciones Grijalbo.
- Muchnik, E. (1993). Las redes sociales de apoyo: ¿podemos reconstruir la comunidad? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2, vol. II, pp. 174-182.
- Navarro Montes, J. (1993). *Determinació de la motivació en una població de vells no residents i la seva comparació amb una població interna*. Tesis de licenciatura no publicada. Universitat de Barcelona.
- Navarro Montes, J. (1994). *Models i teories del procés d'envelliment humà*. Barcelona: Ed. PPU.
- Navarro Montes, J. (1997). *Personalidad y diferencias individuales en el proceso de envejecimiento*. Tesis doctoral no publicada. Universitat de Barcelona.
- Pelechano, V. et al. (1991). *Habilidades inter-personales en ancianos. (Conceptualización y evaluación)*. Valencia: Ed. Alfaplius.
- Pelechano, V. et al. (1992). *Habilidades inter-personales en la vejez*. Comunicación presentada a las IV Jornadas sobre Psicología Clínica y Salud. *Psicología de la Salud y Envejecimiento*. Murcia, noviembre.
- Porter, L.W. (1961). A study of perceived need satisfactions in botton and middle managements jobs. *Journal of Applied Psychology*, 45, pp. 1-10.
- Porter, L.W. (1962). Job attitudes in management: Perceived deficiencies in need fulfillment as a function of job level. *Journal of Applied Psychology*, 46, pp. 375-385.
- Porter, L.W. (1963). Job attitudes in management: Perceived importance of needs as a function of job level. *Journal of Applied Psychology*, 47, pp. 141-148.
- Raven, J.C. (1987). *Test de matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Reig, A. (1994). *Estados de salud y calidad de vida en ancianos*. Comunicación presentada al Simposium Internacional sobre Psicología de la Salud y Envejecimiento. Murcia, marzo.
- Tous, J.M. (1978). *Variables motivacionales alternativas al aumento lineal*. Trabajo no publicado. Barcelona: Corberó, S.A. Sant Felu de Llobregat.
- Tous, J.M. (1992). *Jerarquía de necesidades y nivel de aspiración en ancianos*. Comunicación presentada a las IV Jornadas sobre Psicología Clínica y Salud. *Psicología de la Salud y Envejecimiento*. Murcia, noviembre.
- Tous Pallarès, J. (1993). *Evaluación de la conducta humana en las organizaciones*. Construcción de una escala de motivación laboral. Tesis doctoral no publicada. Universitat de Barcelona.
- Tous Pallarès, J. y Boada, J. (1994). *Aplicación del E.M.L.: Una escala experimental para evaluar motivación laboral*.
- Vega, J.L. y Bueno, B. (1995). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Ed. Síntesis.

- Wechsler, D. (1981). *The Weschler adult intelligence scale revised manual*. New York: The Psychological Corporation.
- Zarit, M.J. y Zarit, S.H. (1989). Fisiología y Psicología del envejecimiento normal. En L.L. Carnstensen y B.A. Edelstein (Eds.), *El envejecimiento y sus trastornos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca. (Edición original en inglés, 1987).