



Universidad de Málaga

***Departamento de Psicología Evolutiva y de la
Educación***

Tesis Doctoral

**Estereotipos negativos hacia la vejez y su
relación con variables sociodemográficas,
psicosociales y psicológicas**

Presentada por:

Concepción Sánchez Palacios

Directoras:

Dra. D^a Maria Victoria Trianes Torres

Dra. D^a Maria José Blanca Mena

Málaga, 2004

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi gratitud a todas las personas que de una forma u otra me han ayudado, apoyado y mostrado su confianza en la elaboración de este trabajo.

Ante todo, a mis directoras de tesis, Dra. D^a. Maria Victoria Trianes Torres y Dra. D^a. Maria José Blanca Mena, cuya dedicación, guía y apoyo han sido constantes durante todo este tiempo. Su actitud alentadora, el rigor científico y la amplitud de conocimiento que han mostrado en sus observaciones, han supuesto siempre un estímulo personal. A ellas debo que finalmente este trabajo sea una realidad.

Asimismo quiero dejar constancia de la deuda de gratitud que he contraído con la profesora Carmen Barajas, por su generosidad al permitirme contar con su ayuda siempre que lo necesité en cuestiones de estadística. A las profesoras María Ríos y Emma Motrico les agradezco que me facilitaran el acceso a grupos de alumnos. También agradezco al profesor Dr. Miguel Galeote sus consejos y sugerencias.

No olvido al profesor Dr. José Abascal, quien fue uno de mis mentores en los inicios de esta tesis y cuyas cualidades, pedagógicas y humanas, tuve el privilegio de llegar a conocer. Aunque ya no contamos con su cálida presencia entre nosotros, le sigo teniendo en mis pensamientos y en mi afecto.

Debo incluir en mi agradecimiento a los alumnos de primero de magisterio del curso 2000-2001, por su colaboración en la aplicación de los cuestionarios, así como a D^a Encarnación Fernández, del área de Bienestar Social del Excmo. Ayuntamiento de Málaga, que me ayudó a conseguir la población de las personas más ancianas del estudio.

De forma muy especial estoy en deuda con todas las personas mayores que, de forma anónima y desinteresada, se ofrecieron a participar en el presente estudio, y sin cuya colaboración no habría sido posible realizarlo.

A mi familia y amigos les doy las gracias por su ayuda y paciente escucha durante todo el proceso de gestación de este trabajo.

Concepción Sánchez Palacios
Málaga, junio de 2004

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
<i>CAPÍTULO I. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE VEJEZ.....</i>	9
1.1. La vejez y su percepción según las sociedades humanas.....	11
1.2. La vejez en nuestro ámbito cultural.....	13
1.3. Modelos psicológicos de envejecimiento.....	17
1.3.1. Teoría de Erickson.....	18
1.3.2. Teoría de la actividad.....	18
1.3.3. Teoría de la continuidad.....	19
1.3.4 Enfoque del ciclo vital.....	20
1.4. La imagen de la vejez contenida en los estereotipos sociales.....	21
<i>CAPÍTULO II. PERSPECTIVAS TEÓRICAS DE ABORDAJE A LOS ESTEREOTIPOS DE LA VEJEZ.....</i>	27
2.1. Delimitación conceptual de los estereotipos.....	29
2.2. Los estereotipos en el modelo tripartito de las actitudes.....	31
2.3. Funciones de los estereotipos. Marcos generales de interpretación.....	33
2.3.1. Los estereotipos en los modelos motivacionales.....	34
2.3.1.1. Justificación del yo.....	35
2.3.1.2. Justificación del grupo.....	36
2.3.1.3. Justificación del sistema.....	37
2.3.2. Modelos cognitivos.....	38
2.4. El contenido general de los estereotipos en las categorías sociales.....	40
2.5. Procesos automáticos y controlados en la cognición social.....	43
2.6. Activación/aplicación del estereotipo.....	43
2.7. La conexión percepción-conducta.....	45
2.8. Implicaciones de la activación del estereotipo: los efectos de autocumplimiento.....	46

CAPÍTULO III. VARIABLES RELACIONADAS CON LAS IMÁGENES HACIA LA VEJEZ Y CON LA AUTOPERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES.....	51
3.1. Componentes generales de los estereotipos de la vejez.....	53
3.2. La influencia de la información en la percepción de las personas mayores.....	55
3.2.1. Información genérica vs. información individualizada.....	55
3.2.2. Cantidad de información relacionada con el estereotipo.....	55
3.2.3. Información coherente vs. incoherente con el estereotipo.....	56
3.3. Aspectos demográficos y psicosociales.....	57
3.3.1. La edad.....	57
3.3.2. El género.....	59
3.3.3. El estado civil.....	62
3.3.4. El nivel de estudios.....	64
3.3.5. El tipo de convivencia y las responsabilidades hacia otros.....	65
3.3.6. La participación en actividades sociales comunitarias.....	66
3.3.7. La participación en actividades religiosas.....	68
3.3.8. La actividad física mantenida.....	69
 CAPÍTULO IV. EL AGEISM COMO PROCESO QUE EXPLORA LA DISCRIMINACIÓN SOCIAL HACIA LAS PERSONAS MAYORES.....	 73
4.1. Definición del fenómeno llamado <i>ageism</i>	75
4.2. Diferencias entre el <i>ageism</i> y otras formas de prejuicio	78
4.3. Explicaciones al fenómeno del <i>ageism</i>	78
4.4. Funciones sociales del <i>ageism</i>	80
4.5. Algunas manifestaciones sociales del <i>ageism</i>	81
4.5.1. El <i>ageism</i> en las investigaciones sobre la vejez y en los textos de estudio.....	81
4.5.2. El <i>ageism</i> en los profesionales: psicólogos y médicos.....	83
4.5.3. El <i>ageism</i> en las residencias para mayores.....	85
4.5.4. El <i>ageism</i> en las políticas de empleo.....	87
 CAPÍTULO V. EL IMPACTO DE LOS ESTEREOTIPOS Y ACTITUDES CONTRA LA VEJEZ EN LAS PERSONAS MAYORES.....	 91
5.1. Percepciones y actitudes hacia la propia vejez.....	93
5.1.1 Identificación con el propio grupo.....	96
5.1.2 Percepción de “los otros” del endogrupo.....	98
5.1.3. La estrategia de la comparación con el grupo de iguales.....	99
5.2. Las diferencias en dimensiones de personalidad: autoestima y optimismo.....	104
5.3. Las actitudes y estereotipos implícitos hacia la vejez.....	107

5.4. Estudios sobre los efectos de la activación de los estereotipos de la vejez en personas mayores.....	111
5.4.1. Efectos en la memoria.....	111
5.4.2. Efectos en la velocidad de la marcha.....	115
5.4.3. Efectos en la escritura a mano.....	115
5.4.4. Efectos en la percepción de otras personas mayores.....	116
5.4.5. Efectos en la función cardiovascular.....	116
5.4.6. Efectos en el deseo de vivir.....	117
5.5. Técnicas de medida de estereotipos de la vejez, explícitas e implícitas.....	119

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO..... 123

INTRODUCCIÓN..... 125

ESTUDIO I..... 129

1. INTRODUCCIÓN..... 129

2. OBJETIVOS..... 129

3. MÉTODO..... 130

 3.1. Participantes..... 130

 3.2. Material..... 130

 3.3. Procedimiento..... 131

4. RESULTADOS..... 132

5. DISCUSIÓN..... 139

ESTUDIO II..... 141

1. INTRODUCCIÓN..... 141

2. OBJETIVOS..... 142

3. MÉTODO..... 143

 3.1. Participantes..... 143

 3.2. Material..... 143

 3.3. Procedimiento..... 151

4. RESULTADOS.....	152
4.1. Relación con variables sociodemográficas.....	153
4.2. Relación con variables psicosociales.....	157
4.3. Relación con variables psicológicas.....	165
4.4. Resumen de los resultados que se han encontrado.....	166
5. DISCUSIÓN.....	169
5.1. Relaciones encontradas en las variables sociodemográficas.....	170
5.2. Relaciones encontradas en las variables psicosociales.....	173
5.3. Relaciones encontradas en las variables psicológicas.....	181
 DISCUSIÓN GENERAL.....	 191
 CONCLUSIÓN.....	 201
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 205
 ANEXO.....	 267

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de los estereotipos negativos hacia las personas mayores ha sido objeto de numerosos estudios en el ámbito anglosajón desde que Butler (1969) acuñó el término *ageism*, que engloba tanto a los estereotipos que soportan las personas por razón de su edad como las actitudes y prejuicios de que son objeto, y que Palmore (1990) ha denominado “el tercer istmo”, en referencia a que sus consecuencias ocupan un lugar semejante a las del racismo y el sexismo.

Existe un cuerpo amplio de trabajos en los que se demuestra el impacto que las imágenes sociales y los estereotipos tienen en la conducta y en la autopercepción de las personas (Bargh, Chen y Burrows, 1996; Devine, 1989; Dijsterhuis y van Knippenberg, 1998; Levy y Langer, 1994; Levy, 1996; Levy, Ashman y Dror, 2000; Levy y Banaji, 2002; Levy, 2003; Palmore, 1982; 1988; 1990; Tuckman, y Lorge, 1953; Unger, Johnson, y Marks, 1997). En un documento de la OMS (1990) se afirma que es posible que los estereotipos negativos de la vejez influyan en determinados aspectos de la salud mental de la población anciana, de forma que acaben convirtiéndose en profecías de autocumplimiento para muchas personas mayores. En este mismo documento se considera asimismo que, aunque se tomen medidas compensatorias, va a ser muy difícil para la mayoría de la población conseguir una vejez saludable, si las imágenes negativas de la vejez son compartidas por el grupo social en general, por los agentes sociales del cambio que se desea producir, es decir, por los profesionales de la salud y de la medicina, y por las propias personas mayores.

En nuestro país, aunque no existen investigaciones exhaustivas sobre este fenómeno, la existencia de estereotipos negativos y de la discriminación que soportan las personas por razón de su edad avanzada es señalada en publicaciones especializadas y en algunos documentos de la Administración, como en el Informe del Defensor del Pueblo (2000), donde el *ageism* es asimilado a la gerontofobia, y en el que

se sugiere que muchos profesionales que tienen a su cargo la asistencia directa a los ancianos pueden estar sosteniendo gran parte de los estereotipos negativos hacia la vejez. Si esto es así, está claro que supone un riesgo para la calidad asistencial y sanitaria a este grupo de población. Recientemente se abordó también esta cuestión con motivo de la *II Asamblea Mundial del Envejecimiento* que tuvo lugar en Madrid, a través de uno de los documentos elaborados, *The Valencia Report* (2002). En este documento se menciona, como uno de los campos abiertos a la investigación, “la necesidad de comprender el impacto que los estereotipos negativos de la vejez tienen en las personas mayores. (The Valencia Report, 2002, p. 23).

Aunque en las últimas décadas han aparecido un gran número de estudios que han investigado sobre el impacto de los estereotipos sociales en diferentes grupos humanos, por razón de la orientación sexual, la raza, religión o el género, entre los más conocidos, sin embargo los trabajos que se han hecho con muestras de ancianos son mucho menos numerosos. No obstante, en la mayor parte de estos estudios se ha demostrado la tendencia al autocumplimiento que los estereotipos sociales tienen en las personas a las que se dirigen. No puede olvidarse que los estereotipos negativos hacia un grupo social, se apoyan en las expectativas del exogrupo hacia determinadas pautas de comportamiento de las personas a las que toman como objeto. Así, pueden citarse como ejemplo, los estereotipos de menor rendimiento académico que soportan las personas de raza negra en EEUU, o los de pasividad en el caso de los de las mujeres. En el caso de las personas de edad avanzada, los estereotipos predominantes son los que asocian la vejez con la enfermedad, con el deterioro mental y con la falta de intereses vitales como consecuencias “naturales” de la misma.

La interiorización de los estereotipos sociales que existen en cada grupo humano hacia las personas ancianas (Levy, 2003) y las actitudes negativas que están en la base para la marginación por motivos de edad, se adquieren durante los primeros años de la vida (Isaacs y Bearison, 1986). Tales actitudes y estereotipos contribuyen a que la edad se convierta en la clave característica de la vejez y que esta incida en la identidad social y en las propias autopercepciones (Bazo, 1990; Wilson, 1996).

Sin embargo, se ha demostrado que la edad avanzada de un sujeto es un indicador insuficiente de su estado de salud y funcional, del rendimiento intelectual y de

su integración, así como de la adaptación a los cambios experimentados (Busse y Maddox, 1985). A pesar de ello, “ser viejo” se convierte con frecuencia en un *hándicap* para las personas, porque hace que la sociedad les plantee determinadas expectativas de comportamiento, que se orientan generalmente hacia las representaciones tradicionales estereotipadas. Como consecuencia, los sujetos mayores intentan en muchas ocasiones comportarse de acuerdo con esas expectativas, mediante una adaptación a esas pautas de comportamiento marcadas por la sociedad, y con ello, dificultan su adaptación al proceso de envejecimiento, que es individual y que depende de una multiplicidad de aspectos personales y de condicionantes psicosociales, así como de las experiencias vitales previas.

Así pues, este es un tema de candente actualidad para la investigación psicológica, y que está relacionado con el objetivo de este trabajo, el cual se va a desarrollar en dos partes. La primera de ellas contiene la revisión de la literatura precedente sobre el tema, mientras que la segunda parte aborda dos estudios empíricos. El propósito del primero de ellos es la construcción de un instrumento para evaluar los estereotipos negativos hacia la vejez más comunes. El segundo estudio trata de comprobar si existen relaciones entre los estereotipos negativos de la vejez que sostienen las personas mayores de 65 años, y una serie de variables, sociodemográficas, psicosociales y psicológicas. A continuación pasamos a describir de forma resumida, el contenido de los capítulos que componen las dos partes del presente trabajo.

En el capítulo 1, se introduce el concepto de vejez, incidiendo en que, debido a la complejidad de la misma, se hace necesario su abordaje desde perspectivas muy diversas. Se resalta la función de los elementos culturales y sociales que determinan la forma de envejecer de los diferentes grupos humanos y la posición en la que cada sociedad coloca a sus miembros de edad avanzada. Partiendo de la vejez en nuestro ámbito cultural, se hace una revisión por algunos modelos psicológicos desde los que se aborda. Finalmente, se introducen las imágenes sociales de la vejez que existen en nuestro ámbito cultural, revisando las creencias ingenuas más comunes sobre las personas mayores, en los aspectos físico, social, cognitivo y de la personalidad.

El capítulo 2 intenta delimitar el concepto de estereotipo, diferenciándolo de otros fenómenos similares. A continuación se hace un repaso por algunos marcos interpretativos que han abordado este amplio campo de estudio, partiendo de diferentes modelos, tales como el tripartito de las actitudes y los modelos motivacionales y cognitivos. Asimismo, se consideran las funciones que cumplen los estereotipos sociales, y la forma en que los estereotipos negativos hacia la vejez presentan diferencias considerables en relación con los que soportan otros grupos. Se realiza una revisión de estudios que han intentado llegar a una mayor comprensión de las formas que adoptan los estereotipos de las categorías sociales, y se delimita la ubicación que se otorga a las personas ancianas en ellas. A continuación se hace una distinción entre los procesos controlados y automáticos de cognición social, distinguiendo, en este sentido, entre los mecanismos de activación y de aplicación del estereotipo. Asimismo, las relaciones que se han encontrado entre la percepción y la conducta.

El capítulo 3 incide en la importancia que tienen determinados aspectos medioambientales y de apariencia externa en la forma en que las personas son percibidas y evaluadas. Parte de los elementos que se introducen forman el cuerpo de las variables sociodemográficas y psicosociales que se van a estudiar en la parte empírica. Se recogen algunas de las investigaciones que se centran en el estudio de ancianos según variables tales como la edad, el género, el estado civil, el nivel de estudios, el tipo de convivencia, las responsabilidades que las personas mayores mantienen hacia otros, la participación social y religiosa y, finalmente, dos aspectos relacionados con la salud, como son la actividad física mantenida y la frecuencia de visitas al médico.

El capítulo 4 se centra en la descripción del *ageism*, como un fenómeno ligado a las formas en que los estereotipos y las imágenes sociales negativas hacia las personas de edad avanzada inciden en las actitudes de prejuicio hacia ellos. Se comienza definiendo dicho término y diferenciándolo de otras formas de prejuicio social; se apuntan algunas explicaciones a este fenómeno y se consideran las funciones que cumple. A continuación, se hace un repaso por algunas manifestaciones del *ageism* en la sociedad occidental, tales como las que se refieren al modo en que se han investigado los procesos de la vejez, y en cómo estas investigaciones se han plasmado en los textos de estudio. También las derivadas de las actitudes por parte de los profesionales que se

dedican a la atención y al cuidado de ancianos y a las formas del lenguaje infantilizante que suele emplearse con ellos.

Se cierra este capítulo con una breve mención a los estudios sobre las políticas laborales vigentes, como uno de los aspectos que más contribuyen a la percepción negativa de las personas mayores en nuestra sociedad.

El capítulo 5, se propone dar cuenta de las manifestaciones y las formas que adquieren los estereotipos de la vejez cuando las personas llegan, ellas mismas, a esta etapa de la vida. En este sentido, la percepción de uno mismo y de los otros del grupo social, se presenta en la edad avanzada con unas características propias, las cuales han sido repetidamente demostradas en diferentes investigaciones. Las características diferenciales se refieren a aspectos tales como la identificación con el grupo de iguales o a la estrategia de comparación con el endogrupo. Se sugiere este último elemento, junto con el de la interiorización de los estereotipos de la vejez en edades tempranas de la vida, como algunos de los posibles mecanismos explicativos por el que las personas mayores mantienen percepciones básicamente negativas hacia la vejez, representada en “los otros”. Termina el capítulo una revisión de algunos trabajos recientes realizados por medio de técnicas de *priming*, gracias a los cuales, se hace posible comprobar los efectos que tiene en las personas mayores la activación de los estereotipos de la vejez.

El capítulo 6 incluye la descripción de los dos estudios empíricos que se han realizado. El primero de ellos ha consistido en la elaboración de un cuestionario para evaluar los estereotipos negativos de la vejez. En el segundo estudio, se relacionan las puntuaciones obtenidas por los participantes en el cuestionario de estereotipos negativos mencionado con los tres conjuntos de variables estudiadas: sociodemográficas, psicosociales y psicológicas, las cuales se han elegido por haber encontrado, en estudios previos, que guardan alguna relación con la percepción de la vejez y con las autopercepciones en esta época de la vida.

Para finalizar, se discuten los resultados encontrados, relacionándolos con los de otros estudios existentes y se señalan las posibles mejoras que deberían ser introducidas en esta línea de investigación para el futuro inmediato.

PRIMERA PARTE:

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO I

APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE VEJEZ

1.1. La vejez y su percepción según las sociedades humanas

El concepto de vejez abarca en el ser humano una pluralidad de facetas que sobrepasan el ámbito de los aspectos biológicos para adentrarse en los psicológicos, los sociales y los filosóficos. Además, el significado de la vejez y el envejecimiento pueden ser considerados desde muy diversos ángulos (Buendía y Riquelme, 1994; Fernández Ballesteros, 2000; Lehr y Thomae, 2003), según se considere, por ejemplo, desde la percepción de las personas que han alcanzado una edad muy avanzada, o se tome como referencia la significación que adquiere en otros grupos de personas de edades y condiciones psicosociales dispares. También hay que tener en cuenta la vejez desde la apreciación de los profesionales que se ocupan de la atención y del cuidado de los ancianos, pasando por las propios gobernantes, que deben prever y aplicar medidas de política social. Asimismo, no puede obviarse que en la actualidad, es fácil que la etapa de la vejez ocupe un largo periodo de la vida de las personas, lo que constituye un fenómeno social novedoso.

Aunque en el diccionario de la Real Academia Española (2001, p. 2299) se define la palabra *viejo* como “la persona que cumplió 70 años”, sin embargo, no está tan claro cual es el límite de edad en el ser humano para el comienzo de la vejez, pues la esperanza de vida oscila enormemente de una sociedad a otra. Debido a ello, generalmente, se considera que se trata de una convención social aceptada por las distintas culturas (Bazo, 1990; Lehr, 1980). Así, en nuestros días encontramos una media de vida en función de la sociedad en que se trate que va desde los cuarenta años a sobrepasar los ochenta y cinco. Por esto, pueden delimitarse diferentes tipos de vejez, según los parámetros a través de los cuales se defina. En este sentido, Fernández Ballesteros (2000) llama la atención sobre “la variedad y hasta la indefinición de la mayoría de las distintas conceptualizaciones de la vejez” (p. 40). Esto es debido a la multiplicidad y complejidad de los cambios que están comprometidos, y porque los cambios son de naturaleza tanto biológica, como psicológica y social, de forma que ninguna disciplina, por separado, puede dar cuenta de ellos en su totalidad.

En la tradición greco-romana, la vejez era considerada como una desgracia para el ser humano. Así, la generalidad de filósofos y escritores de la antigüedad llegaron al punto de valorar como un privilegio el hecho de morir joven, como una forma de no tener que soportar el declive físico y las enfermedades asociadas a la edad avanzada. Sin embargo, se encuentran excepciones, como es el caso de Platón, que estando él mismo en una edad muy avanzada, expuso en *La República* algunos aspectos positivos de la experiencia del envejecimiento. En esta obra enfatiza la importancia de los componentes individuales, por cuanto considera que esta experiencia está ligada a la de las anteriores etapas de la vida. También Cicerón, en su *De Senectute*, defiende la vejez, resaltando que las facultades intelectuales de los ancianos, pasadas por el filtro de la prudencia, la dignidad y la moderación, suponen un importante activo del que se beneficia toda la sociedad. El esfuerzo, la continuidad en la acción y la práctica son las condiciones para seguir desarrollándose en la vejez con nuevas experiencias vitales, si bien admite que aquellas capacidades están presentes en la vejez si el individuo se ha ejercitado durante toda la vida y si continúa esforzándose en ellas activamente.

La vejez ha sido bien considerada tanto en las culturas orientales, la china o la japonesa, como en la tradiciones judía y árabe. Por ejemplo, en el antiguo testamento hay abundantes pruebas de que uno de los principales signos del favor divino era llegar a una edad muy avanzada. Hay constancia de que en la comunidad judía, los ancianos continúan siendo especialmente respetados y cuidados por parte de las instituciones del estado (Barash, 1994). Por su parte, en las sociedades árabes, a las mujeres mayores se les reconoce una posición de poder sobre sus nueras y tienen un fuerte ascendiente sobre sus hijos varones, de que no disfrutaban mientras eran jóvenes. También en los pueblos de civilización oral, el anciano representa una figura depositaria de la memoria del clan y, por consiguiente, cumple una importante función como educador de las generaciones jóvenes, así como de juez del grupo social, puesto que se le reconoce mayor sabiduría y experiencia que a los miembros de menor edad.

La investigación sistemática de los procesos del envejecimiento desde la diversidad de ramas del conocimiento implicadas, es decir, la medicina y la fisiología así como la psicología o la sociología, no comienza hasta mediados del siglo pasado, en que surgen los primeros congresos sobre el tema. En 1945 se funda en Estados Unidos

la *Gerontological Society* y en el año 1950 se crea en Lieja la *International Association of Gerontology*.

1.2. La vejez en nuestro ámbito cultural

Como se ha dicho, la edad en la que comienza la vejez no es algo que esté delimitado, ni biológica ni psicológicamente, sino que se trata de una convención social aceptada por las distintas culturas. Lerh (1983, p. 362), opina que “el envejecimiento psicológico, entendido como el comportamiento y las vivencias de la vejez, solo en una pequeña parte está determinado de modo biológico, o sea por el estado de salud, y en cambio está ampliamente fijado por factores ambientales, sociales y ecológicos”. Por otra parte, la edad de una persona no es un indicador suficiente para delimitar su estado de salud o funcional, ni su rendimiento intelectual. Asimismo, no es tampoco posible predecir la integración social o el grado de adaptación de las personas a los cambios que experimentan con el paso del tiempo (Lehr y Thomae, 2003).

En un estudio realizado en nuestro país (Santamarina, López de Miguel, López y Mendiguren, 2002) se preguntó a un amplio grupo de personas por la característica que consideraban definitoria de la vejez, y se encontró que el 77% de los participantes consideraba la edad como el aspecto definitorio de la vejez, mientras que el 23% restante se refirió a otros elementos, como la salud, el estar jubilado, la forma de ser, la capacidad intelectual o el aspecto físico. En nuestra cultura, la mayoría de los investigadores que han realizado estudios con muestras de personas mayores, consideran que los 65 años es un indicador de la vejez adecuado, puesto que esta edad se ha asociado tradicionalmente al momento en la que las personas dejan su actividad laboral pasando a formar parte de la categoría de jubilados. No obstante, desde hace algo más de una década, esta situación de consenso social respecto a la jubilación ha experimentado unos cambios considerables, ya que es cada vez más frecuente que las personas queden apartadas del mundo laboral alrededor de los 50 años.

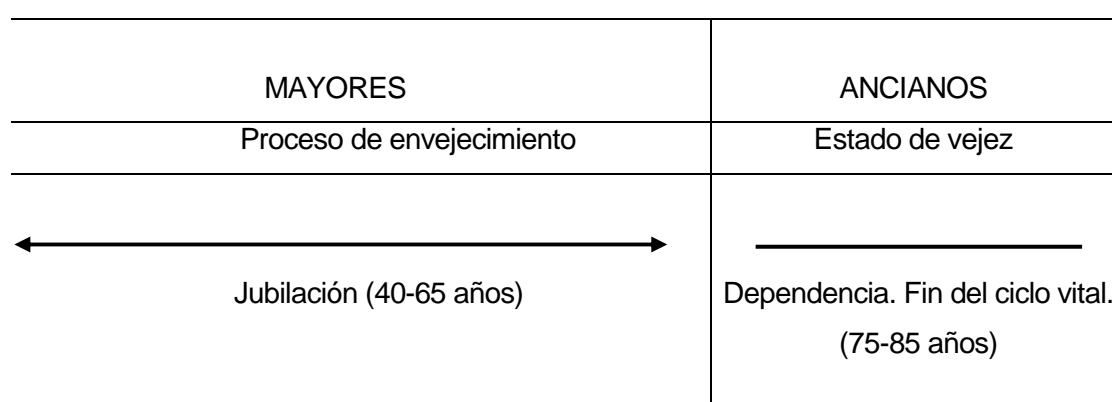
Por otro lado, existen otras investigaciones que se han centrado en la definición que hacen los sujetos de las etapas de la vida, según la categoría de edad, han encontrado que la mayor parte de las personas consideran que se es joven entre los 18 a 35 años. La mediana edad estaría comprendida entre los 35 y los 60 años, y a partir de los 65, comenzaría la vejez. (Zepellin, Sills y Heath, 1986). Sin embargo, la experiencia de la edad aparece en otros estudios más fluida. Así, hay investigadores que han encontrado que cuando a los participantes se les pregunta por la media de edad en la que se empieza a ser viejo, las respuestas difieren según la edad que tiene el encuestado, de forma que el comienzo de la vejez parece alejarse a medida que aumenta la edad de éstos. Así, Secombe y Ishii Kuntz (1991) encontraron que la mayoría de las personas de 30 años pensaban que se empieza a ser viejo a los 65 años, mientras que muchos de los participantes de 65 años opinaban que la vejez empieza a los 75 años. En otros estudios se ha encontrado que las personas delimitan la vejez a partir de condicionantes físicos y cognitivos, en lugar de hacerlo sobre la base de los años. Por ejemplo, Hori (1994) encontró que los sujetos de su estudio consideraban que la vejez está marcada por factores tales como la menor fuerza física, los cambios en la apariencia corporal y la pérdida de memoria, más que por la edad en sí misma.

Además de lo dicho en el punto anterior, los especialistas enfatizan la dificultad de hacer generalizaciones sin caer en los estereotipos. De acuerdo con el enfoque del ciclo vital (Neugarten, 1975; Baltes, 1987), a medida que las personas van teniendo más años, intervienen con más fuerza variables sociodemográficas, experienciales y las características de personalidad individuales que, interrelacionadas, hacen que cada persona sea diferente de las otras de su misma edad, en función de su biografía personal. Autores como Santamarina et al. (2002) plantean diferenciar entre el proceso de envejecimiento, que empieza con la jubilación, de la vejez, a la que consideran marcada por la pérdida progresiva de la autonomía personal y que acaba con la muerte (Figura 1).

Fernández-Ballesteros (2000, p. 46) hace una distinción entre *declive* y *deterioro*, entendiendo por declive “el decremento que experimenta una determinada función psicológica en la mayor parte de los seres humanos considerado en términos de

normalidad estadística. Contrariamente, por deterioro se entiende cuando este decremento se desvía significativamente de la media del grupo, y por tanto puede considerarse como “anormal”, apareciendo generalmente, en presencia de patologías biológicas contrastadas”. Por su parte, autores como Baltes y Smith (2002) distinguen entre *tercera* y *cuarta edad*, reservando este segundo término para las personas que sobrepasan los 80 años, edad que marca el límite a partir del cual se produce una clara disminución de las capacidades funcionales y de salud en la mayoría de las personas.

Figura 1. La diferencia perceptiva dominante entre el envejecimiento y la vejez



Fuente: Santamarina et al. (2002). *Percepciones sociales sobre las personas mayores*. (p. 448).

Generalmente, las señales del paso del tiempo en las personas son más evidentes para los observadores que para los propios sujetos que envejecen, al ser éste un proceso gradual, ya que las variaciones que se producen con el tiempo, aunque constantes, son pequeñas. Para Lehr (1980) una persona es *vieja*, como en cualquier otro rol social, cuando los miembros del grupo social del que forma parte, la consideran así. Debido a que la aparición de los rasgos físicos asociados a la vejez contribuyen a uniformizar la percepción que los otros tienen sobre la vejez, la inclusión de las personas en esta categoría es un hecho que se va a manifestar en todos los seres humanos, siempre que permanezcan vivos el tiempo suficiente. De esta forma, los individuos, en cualquier tipo de sociedad, se saben viejos en primer lugar a través de los otros, aunque ellos sean reticentes a identificarse como tales, fenómeno que ocurre con mucha frecuencia, y que autores como Bazo (1990), Braihwaite (2002), Lehr (1989), Levy y Banaji (2002) o Palmore (1990) opinan que puede estar causado, en parte, por los

estereotipos negativos y las connotaciones peyorativas que la etiqueta *viejo* conlleva en nuestra sociedad. Por ejemplo, para Bazo (1990, p. 201), “el principal problema de la vejez es que resulta mal vista y es objeto de aversión por parte de las personas en general y de las ancianas en particular, que han interiorizado en su proceso de socialización una serie de imágenes negativas sobre la ancianidad que contribuyen a distorsionar la verdadera visión de la misma”. Si esto es así, no es extraño que esta autora, estudiando las connotaciones personales que sugería en adultos mayores el término *anciano*, encontrara que el 34% opinara que se es anciano *cuando ya no se sirve para nada*, y que el 8% de los participantes de su muestra afirmaran que *no se es anciano nunca*.

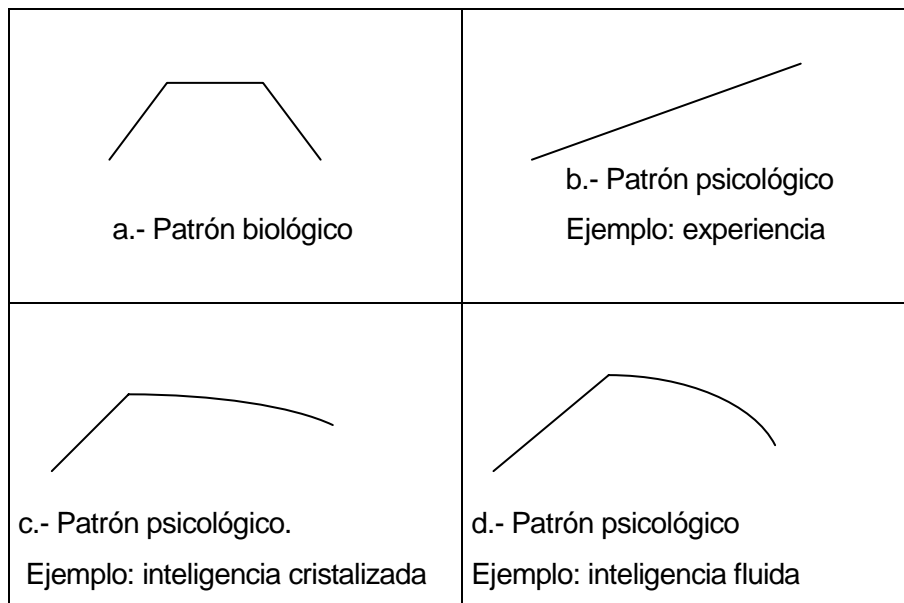
Por nuestra parte, siguiendo a autores como Fernández-Ballesteros (2000) o Lehr (1983) vamos a considerar el concepto de vejez según tres criterios: social, biológico y psicológico. La vejez biológica tiene que ver con los cambios derivados del desgaste del organismo por el paso del tiempo, y ocurre en un periodo que comienza con el crecimiento en la infancia y la pubertad, y en los años posteriores a la adolescencia. Posteriormente, tiene lugar una etapa de estancamiento y progresiva disminución de diferentes capacidades corporales a medida que se avanza en la edad adulta. Esto se manifiesta en cambios tales como el modo de andar, la elasticidad de la piel o la capacidad visual y auditiva, además de modificaciones en las facciones del rostro, la voz o el pelo. La edad física o biológica es para Fernández-Ballesteros (2000), uno de los más potentes indicadores de la vejez. Las personas tienen una imagen del aspecto físico de las personas ancianas, y se considera como tales a aquellas personas del entorno que se aproximan a dicha imagen.

Por otra parte, el envejecimiento y la vejez dependen en gran medida de los modelos de curso vital dominantes socialmente, los cuales obedecen, a su vez, a la organización familiar, la estructura económica, demográfica y política y a los sistemas de creencias compartidas (Kalish, 1991).

En cuanto a la vejez psicológica, para Fernández- Ballesteros (2000, p. 40) “es el resultado de un equilibrio entre estabilidad y cambio y, también, entre crecimiento y declive”. Así, habría funciones que a medida que aumenta la edad experimentan una mejora, como ocurre con la inteligencia cristalizada, que se refiere al conocimiento

acumulado, a la riqueza verbal y a la comprensión del lenguaje, mientras que otras sufren un decremento, como es el caso de la inteligencia fluida, la cual está representada por las capacidades que exigen versatilidad y capacidad de enfrentarse a las situaciones nuevas. Finalmente, otras funciones se estabilizan, como ocurre, con la mayoría de las dimensiones de la personalidad. En los procesos psicológicos del envejecimiento humano es posible encontrar diferentes patrones en función del tiempo, según la dimensión que se trate, a diferencia de los procesos de envejecimiento biológico, que se caracterizan por tener la forma de una U invertida (Figura 2).

Figura 2. Patrones esquemáticos de envejecimiento



Fuente: Fernández-Ballesteros. *Gerontología social* (p. 46)

1.3. Modelos psicológicos de envejecimiento

Las clasificaciones que se han hecho acerca de los modelos teóricos que se han acercado al estudio de la vejez son dispares, pues depende de que el encuadre se haga desde una perspectiva sociológica o psicológica. En este estudio, nos referimos a las teorías psicológicas del envejecimiento que han tenido más repercusión en las últimas décadas, centrándonos en la revisión de Fernández-Ballesteros (2000). Por ello,

siguiendo a esta autora, se va a hacer referencia brevemente a los modelos siguientes: el de Erickson (1950), el enfoque del ciclo vital (Neugarten, 1975; Baltes, 1987), la teoría de la actividad (Havighurst, 1987) y la teoría de la continuidad (Atchley, 1989, 1999; Maddox, 1963)

1.3.1. Teoría de Erickson

La teoría de Erickson (1950) abarca todo el ciclo de la vida dividido en varias etapas, estableciendo el comienzo de la vejez en los 65 años. Este autor parte del trabajo de Sigmund Freud, pero su modelo abarca la totalidad del ciclo vital más allá de la fase de latencia, e introduce en la teoría psicoanalítica componentes sociales e históricos.

Erickson entiende el desarrollo psicológico como un progreso continuo basado en la resolución de crisis normativas. En cada estadio se espera una resolución positiva y por tanto, un avance en el desarrollo de la personalidad. Erickson considera que en la época de la vejez se produce un conflicto entre la integridad del yo y la desesperación. La ausencia de integridad se deriva del miedo a la muerte y a la falta de aceptación de este periodo como el último de la vida. En cambio, la integridad del yo se produce cuando las personas se han adaptado a los éxitos y fracasos derivados de la propia existencia, lo que implica la aceptación de uno mismo y del propio proceso vital. La integridad del yo permite además una integración emocional que favorece la participación social con las generaciones posteriores, así como la aceptación de responsabilidades de liderazgo.

1.3.2. Teoría de la actividad

En esta teoría, desarrollada por Havighurst (1987) se parte de la hipótesis de que las personas más felices y satisfechas, son las que permanecen activas y tienen el sentimiento de ser útil a otros. En este enfoque se considera que las personas mayores han perdido una gran parte de la función que tradicionalmente cumplían en la sociedad y en la familia. Las causas son variadas. Así, Havighurst (1987) es de la opinión de que el caudal de experiencia acumulada es menos valorado, mientras que la desaparición de la

familia extensa ha supuesto también una pérdida de los roles específicos que estaban encomendados a los miembros de más edad. A partir de estas premisas, la teoría de la actividad sostiene que el envejecimiento óptimo va a depender del esfuerzo por parte de las personas en mantener un estilo de vida activo y en compensar las pérdidas sociales. De igual modo, se considera importante que encuentren un sustitutivo adecuado a las actividades a las que han debido renunciar, como es el caso del trabajo.

En esta perspectiva se incide en la importancia de realizar una labor práctica con los ancianos. Esta tarea incluye el fomento de los contactos sociales y las actividades, así como la organización de grupos que velen por los intereses de la mayoría y puedan compensar las pérdidas de roles y de funciones. De esta forma, se promueve la actividad como el fundamento de una vejez saludable, al implicar a las personas mayores en intereses y metas estimulantes y que les mantengan mentalmente ágiles y dinámicos.

1.3.3. Teoría de la continuidad

Ligada a la teoría de la actividad (Lehr, 1980), este enfoque tiene como representantes destacados a Atchley (1989; 1999) y a Maddox (1963). Aquí hay una fuerte tendencia a considerar que las estructuras de ideas y de funcionamiento por el que se rigen las personas se mantienen estables y consistentes a lo largo de la vida. En la vejez, esta permanencia facilita a las personas orientar su actuación en función de las circunstancias más o menos cambiantes que experimentan.

Las personas que están acercándose a la vejez se procuran la continuidad a través del uso de estrategias familiares en contextos conocidos. Así, por medio de modelos de adaptación adquiridos previamente, las personas seleccionan situaciones, actividades y relaciones en función de sus propias concepciones previas sobre las distintas opciones o posibilidades. Según esta teoría, las personas tenderán más a la continuidad que al cambio, siempre que las demás situaciones permanezcan estables. Esto quiere decir, que estarán predispuestas y motivadas hacia una continuidad, tanto de las condiciones externas, por ejemplo las actividades que realizan en un entorno familiar, como de las condiciones psicológicas internas, en cuanto se mantiene que

existe una estabilidad en las disposiciones de personalidad, así como en los valores y en las creencias.

1.3.4. Enfoque del ciclo vital

Desde esta perspectiva (Neugarten, 1975; Baltes, 1987) se considera el proceso de envejecimiento como un continuo a lo largo de la vida. Este enfoque tienen en cuenta no solo los factores ligados al paso del tiempo en la personas, sino también los relacionados con el contexto cultural e histórico al que pertenecen. De igual forma, se consideran las experiencias vitales individuales, normativas y no normativas. Así, se sostiene que, a lo largo de la existencia, se va incrementando la variabilidad interindividual de modo que, a medida que se envejece, las personas van siendo más diferentes entre sí.

Entre los supuestos básicos del ciclo vital, está el de que a lo largo de la vida se produce un equilibrio entre las ganancias y la pérdidas que se experimentan. En los primeros años de vida hay un predominio de las ganancias, mientras que durante la vejez ocurre el proceso contrario, y son las pérdidas las que sobresalen. Sin embargo, se considera que a lo largo de la vida hay una coexistencia de estos dos elementos. Así, en este enfoque se reconoce que se producen ganancias incluso en los últimos años de la vida de los sujetos. Por otra parte, se toma en cuenta la existencia de las diferencias inter e intraindividuales, y que el paso del tiempo no tiene por qué afectar de la misma forma a todas las habilidades. Así, mientras algunas de ellas podrían permanecer estables o incluso mejorar, como es el caso de la inteligencia cristalizada, otras, como la inteligencia fluida, experimentarían un declive con el avance de la edad.

En cuanto a la variabilidad interindividual, se plasma en tres formas de envejecer: la vejez normal, que cursa sin discapacidades, la vejez patológica, asociada a enfermedades generalmente crónicas, y la vejez competente, saludable o con éxito. Este último tipo de envejecimiento, implicaría diferentes estrategias para minimizar las amenazas de pérdidas a través de diferentes mecanismos, como son los de selección, compensación y optimización.

En la *selección*, los sujetos eligen sus objetivos y las estrategias para alcanzarlos en función de los recursos que consideran que disponen. En definitiva, se trata de saber escoger las actividades y esfuerzos que sean los más adecuados para conseguir armonizar las exigencias ambientales y las disposiciones biológicas y motivacionales.

La *optimización* supone minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias conseguidas, lo que requiere la aplicación de un conjunto de factores conductuales que impulsen la mejora del individuo. Entre los elementos que se consideran relevantes para la tarea de optimización están el conocimiento cultural, la práctica y el esfuerzo. El organismo responde a las pérdidas adquiriendo nuevas estrategias que le permiten seguir alcanzando metas, ya que existe una capacidad de reserva de aprendizaje a lo largo de toda la vida, independientemente de los años que se tengan (Baltes y Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 2000).

Finalmente, el mecanismo de *compensación* implica contrarrestar las pérdidas por medio de las capacidades que no han experimentado un decremento, así como a la posibilidad de reparar el declive mediante entrenamientos concretos.

Por lo tanto, desde esta perspectiva, el ser humano es concebido como un organismo activo y con capacidad de plasticidad suficiente para adaptarse y para compensar, en cierta medida, las pérdidas que experimenta.

1.4. La imagen de la vejez contenida en los estereotipos sociales

Los estudios que recogen la imagen social de las personas ancianas empiezan a surgir a mediados del siglo pasado, en una serie de trabajos realizados por profesionales de la medicina y la psiquiatría con personas que fueron seleccionadas generalmente a partir de las consultas médicas, de los hospitales y de los centros psiquiátricos (Lehr, 1980). Por lo tanto, estos casos no representaban a la generalidad de la población de personas mayores, sino que eran, más bien, exponentes de la vejez patológica. No obstante, de los resultados de estos trabajos, se infirieron unas conclusiones para el conjunto de la población mayor, lo que ha favorecido un patrón generalizado de rasgos considerados normativos en la vejez. Éstos obedecen a los estereotipos negativos hacia la vejez y coinciden los de enfermedad, deterioro mental, rigidez de pensamiento, falta

de compromiso, dependencia y problemas sociales y económicos (Thornton, 2002). Es decir, podría considerarse que la mayor parte de los estereotipos sociales de la vejez abarcan áreas como el deterioro de la salud física y mental, la pérdida de la motivación y la de los intereses vitales.

Lo importante de este conjunto de rasgos negativos es que continúan teniendo vigencia en todos los grupos de la población. Por ejemplo, Hummert, Garstka, Shaner y Strahm (1994) encontraron que tanto las personas jóvenes como las de mediana edad y los adultos mayores compartían la mayoría de los estereotipos sociales de la vejez.

Según diferentes autores (Bazo y Maiztegui, 1999; Fernández Ballesteros, 2000; Freixas, 2001; Hausdorff, Levy y Wei, 1999; Lehr, 1983; Levy, 2000; Palmore, 1990; Pinillos, 1994; Stuart-Hamilton, 2002) estas imágenes sociales de la vejez pueden entrar en discrepancia, no solamente con la imagen que las personas tienen de sí mismas, sino también con lo que los otros esperan de ellas y con la idea que se hacen de los deseos y capacidades de las personas ancianas. De esta forma, los estereotipos pueden influir negativamente en las actitudes hacia las personas mayores de forma generalizada, y facilitar el que acaben exhibiendo las características de profecías de autocumplimiento.

Las investigaciones que se han hecho en España sobre el tema provienen de la pasada década (Alberdi, 1995; CIRES, 1992; 1997; Fernández-Ballesteros, 1992). En ellas se pone de manifiesto que la percepción social de la vejez es básicamente negativa y que esta negatividad se incrementa en el grupo de las personas mayores. En un estudio reciente del IMSERSO (2002) se corrobora esta percepción social negativa de la vejez, aunque se advierte un menor grado de creencia en el estereotipo que asocia la vejez con la enfermedad.

Sin duda el estudio que ha tenido más repercusión en nuestro país hasta el momento, por cuanto a dado lugar a varias investigaciones posteriores, es el que realizó Fernández-Ballesteros (1992) a través de un cuestionario de estereotipos negativos, que es el que se ha tomado como base para la parte empírica de este trabajo, y que será descrito en ella con mayor detalle. En dicho estudio, los resultados mostraron que existía una percepción negativa de la vejez en todos los grupos de edad, pero que las tasas de

acuerdo con los estereotipos negativos de la vejez, aparecía mayor en las personas de más de 60 años que en los grupos de menos edad.

Se hace a continuación una breve revisión sobre las creencias más frecuentes sobre la vejez a partir de investigaciones actuales sobre estereotipos, en las facetas biológica, social y psicológica.

a) Los ancianos son percibidos como enfermos y con grandes dosis de discapacidad funcional

Este estereotipo ha sido reforzado por el uso del término de *fragilidad*, que se ha empleado con abundancia en la literatura gerontológica, y que entra en conflicto con la evidencia de la autonomía personal y del buen rango de salud que mantienen la mayoría de las personas mayores de 65 años. Así, Fernández-Ballesteros, Díez Nicolás y Ruiz Torres (1999) constatan que, a pesar de una elevada presencia de patologías crónicas, las tres cuartas partes de las personas mayores de 65 años refieren que su estado de salud es bueno. Por otra parte, en un informe del IMSERSO (1995) se señala una tasa de independencia de hasta el 80% de los adultos mayores de 65 años, tomando como indicador la capacidad de realizar las tareas diarias sin ayuda. El tópico de la dependencia generalizada choca también con la realidad de que cada vez más ancianos eligen vivir solos en su propia casa, valorando así una forma de vida autónoma que les permite mantener su privacidad (Bazo, 1990). Para los ancianos de edades muy avanzadas esta posibilidad se va limitando sin embargo, debido a la más alta incidencia de incapacidades (Baltes y Smith, 2002).

b) Los ancianos son percibidos como careciendo de recursos sociales, lo que les hace estar solos y deprimidos

Existe una imagen social de los ancianos como marginados socialmente y faltos de amigos, lo que les hace estar aislados y encontrarse con un estado de ánimo desesperanzado. Esta imagen no parece coincidir con la situación real en la que se encuentra mayor parte de esta población, como señala Bazo (1990), quien halló que la mayoría de los sujetos mayores entrevistados contaban con apoyos afectivos y sociales y no se encontraba en ellos una alta tasa de depresión. En nuestro país, diferentes

estudios (Defensor del Pueblo, 2000; IMSERSO, 1995) ponen también de manifiesto que la mayoría de los ancianos cuentan con el apoyo de sus hijos y cuando carecen de estos, con el de amigos y vecinos, y que solamente el 3% del total de personas de más de 65 años viven en un medio institucional. Sin embargo se suele hacer una distinción entre las personas de edades muy avanzadas (más de 85 años) y las más jóvenes puesto que con el incremento de la edad también se produce un aumento de las discapacidades físicas y de la muerte de la pareja, con lo que existe más riesgo de soledad y desamparo (Baltes y Smith, 1002; Lehr, 1980; Lehr y Thomae, 2003)

c) Los ancianos son percibidos con deterioro cognitivo y trastornos mentales

Esta imagen encaja con la noción de la vejez asociada con la senilidad como inevitable. De nuevo la evidencia presenta un punto de vista contradictorio, pues aunque de forma clara las investigaciones constatan pérdida de memoria con el incremento de la edad, y porque los fallos de memoria son la queja subjetiva más frecuente en las personas de edad (Jódar, 1994), autores como Belsky (1996) o Poon (1985) sugieren que hay aspectos de la memoria que apenas se deterioran y que cuando esto ocurre, suele estar ligado dicho deterioro a otras patologías, como depresión, y demencias. Para Calero (2000) la mayoría de los déficits de memoria son ligeros y suelen estar relacionados con aspectos como la motivación, la atención, la velocidad y las estrategias de procesamiento.

En cuanto a la inteligencia, se ha constatado que la inteligencia fluida o habilidad para resolver nuevos problemas decae con la edad, mientras que la inteligencia cristalizada o habilidades del lenguaje y de aplicar conocimientos previos, permanece estable. Baltes y Baltes (1997) han demostrado que los ancianos desarrollan habilidades sustitutivas de algunas de las que declinan, señalando que la inteligencia práctica puede experimentar cambios positivos en la vejez. Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá (1996) resaltan que es un error confundir el deterioro patológico con el declive intelectual propio del envejecimiento del cerebro. Esta autora defiende la importancia de la existencia del *potencial de aprendizaje*, concepto psicológico similar al de plasticidad o reserva cognitiva (Baltes, 1997). Así, se ha demostrado que las personas mayores cuentan con recursos suficientes en este aspecto, y que pueden experimentar una mejora en sus habilidades (Fernández-Ballesteros y Calero, 1995).

Por otra parte, se resaltan las enormes diferencias interindividuales, lo que hace sugerir que existen patrones individuales de envejecimiento en función de variables tales como la salud y la educación y los hábitos de vida entre otros (Fernández-Ballesteros, 2000). Por otra parte, Schaie (1996) señala que a los 60 años la mayor parte de las personas han experimentado algún declive en, al menos, una de sus habilidades, pero en ninguno de los sujetos de sus investigaciones apareció un declive en todas las dimensiones que se estudiaron, ni siquiera en los de más de 85 años.

En cuanto a la incidencia de las demencias, Ritchie, Kildea y Robine (1992) realizaron un metaanálisis sobre trece trabajos precedentes, encontrando una tasa de demencia del 2,6 % entre las personas de 70 a 74 años, que iba aumentando en las edades superiores. Estos datos apuntan a que, aunque se produce un aumento en las demencias superior al de la población más joven, tales patologías no son un hecho inevitable ni universal incluso en las edades que rozan el límite de la existencia humana.

d) Los ancianos aparecen como psicológicamente rígidos e incapaces de adaptarse a los cambios.

De nuevo, los datos apoyan la existencia de la flexibilidad en la última etapa de la vida (Schaie, 1994) y de adecuados recursos de afrontamiento (Diehl, Coyle, y Labouvie-Vief, 1996). Los ancianos no parecen ser inherentemente menos flexibles en términos de actitudes o estilos de personalidad que las personas más jóvenes, sino que diferentes estudios (Gatz, Kasl-Godly y Karel, 1996; Regier et al., 1988) han demostrado que tienen recursos de afrontamiento en abundancia, lo que les lleva a manejar el estrés en una variedad de situaciones de una forma efectiva. Además, en su mayoría presentan suficientes recursos adaptativos para hacer frente a las demandas derivadas de los mayores problemas de salud y del gradual estrechamiento de perspectivas de futuro. Por ejemplo, hay investigaciones que sugieren que la vejez no es una etapa del desarrollo especialmente estresante (Deeg, Kardaun y Fozard, 1996; Ruth y Coleman, 1996) y que junto a una mayor fragilidad biológica, aparece también con el aumento de la edad mas fortaleza en cuanto a los recursos de adaptación psicológica y cultural (Baltes, Staudinger y Linderberger, 1999; Fernández-Ballesteros, Díez Nicolás y Ruiz Torres, 1999). En algunos estudios de personalidad realizados desde el modelo penta factorial

(*big-five*) de Costa y McCrae (1994) se ha encontrado asimismo una gran estabilidad en las principales dimensiones de la personalidad a lo largo de la edad adulta, con un ligero descenso en las puntuaciones de extraversión y un aumento en estabilidad emocional.

El tema de las falsas creencias, mitos y estereotipos de la vejez está siendo objeto de numerosos estudios (Braithwaite, 2002; Carstensen Isaacowitz y Charles, 1999; Levy y Langer, 1994; Levy, 1994, 1996; Levy et al., 2000a; 2000b; Levy y Shlesinger, 2001; Levy, Slade y Kasl, 2002; Palmore, 1982, 1988, 1997, 2001) y en nuestro país ha llamado la atención desde diferentes campos del conocimiento, como la sociología (Bazo, 1990; De Miguel, Castilla y Cáis, 1994) la psicología (Fernández-Ballesteros, 1992; Pinillos, 1994) o la filosofía (Aranguren, 1992).

Este estudio se propone comprobar el grado de aceptación de los mitos y estereotipos de la vejez por parte de los sujetos que están en esta etapa de la vida, y si hay relación con algunas dimensiones demográficas, de la personalidad y con hábitos de vida asociados a prevención de enfermedades y a la promoción de la salud.

A continuación, en el capítulo siguiente se va a intentar delimitar el fenómeno de los estereotipos desde un punto de vista conceptual. Asimismo se va a estructurar el conocimiento sobre este tema según modelos y enfoques actuales. En suma, se intenta repasar el estado de conocimiento sobre el fenómeno de los estereotipos en la vejez, desde el punto de vista, esencialmente, de la psicología del desarrollo.

CAPÍTULO II

PERSPECTIVAS TEÓRICAS DE ABORDAJE A LOS ESTEREOTIPOS DE LA VEJEZ

2.1. Delimitación conceptual de los estereotipos

Para Hilton y von Hippel (1996) los estereotipos sociales representan generalizaciones sobre el grado en el que los miembros de un grupo poseen determinados atributos comunes. Los estereotipos aparecen en contextos ambientales muy diversos y se ponen de manifiesto en una diversidad de procesos cognitivos y motivacionales. Las investigaciones que se han realizado en este tema han estado dirigidas tanto a obtener información sobre las atribuciones que contienen, como al grado en que estas atribuciones son compartidas por el grupo social de referencia.

La generalidad de los estudios sobre el fenómeno de los estereotipos sociales resaltan la inexactitud de la información que está contenida en ellos, ya que por su mediación se infieren idénticas cualidades a todos los miembros del grupo, es decir, son homogeneizadores. También tradicionalmente se ha señalado el sentido negativo de tales atribuciones, aunque en algunos de los trabajos realizados en los últimos años se advierte que esta característica no es imprescindible puesto que diferentes autores, como Cuddy y Fiske (2002), Levy (1999) o Palmore (1990) hacen referencia a los estereotipos positivos y negativos que soportan, de forma simultánea, los miembros del mismo grupo social. Por ejemplo, entre los estereotipos ligados a las personas ancianas aparecen tanto los de incapacidad mental e incompetencia como los de prestigio y sabiduría.

Asociado con frecuencia a los estereotipos, en trabajos sobre los rasgos asociados a los grupos sociales, aparece el término de *estigma* (Braithwaite, 2002; Crocker y Mayot; 1989; Leyens, Desert, Croizet y Darcis, 2000; Steele, 1997). Ambas expresiones son empleadas en algunos estudios indistintamente. Por ejemplo, Crocker y Mayot (1989) utilizan ambos términos para referirse a las creencias que existen sobre algunos grupos que soportan una larga historia de desventaja social, tales como las personas de raza negra, las físicamente incapacitadas, las facialmente deformes o los homosexuales. Asimismo Braithwaite (2002), en su estudio sobre la discriminación social hacia las personas viejas, se refiere con la palabra *estigmatización* al rechazo que se produce por parte del grupo social. Esta autora define los estereotipos como “falsas concepciones (o creencias) que actúan a modo de clisé en el acercamiento a un

fenómeno, grupo social u objeto” (Braithwaite (2002, p. 11). Por su parte, Hilton y von Hippel (1996, p. 240) en la revisión que realizan sobre el tema, los definen como “creencias sobre las características, atributos y conductas de miembros de determinados grupos.”

Si nos acercamos a los diferentes marcos explicativos a los que los investigadores se adhieren cuando estudian el fenómeno, las definiciones presentan matices distintivos según el enfoque a través del cual se aborda. Así, para los investigadores que sostienen el modelo tripartito de la actitudes, los estereotipos representan básicamente “el componente cognitivo de las actitudes de prejuicio” (Devine, 1989, p. 5) mientras que autores como Jost y Banaji (1994), los cuales inciden sobre todo en los aspectos afectivos y motivacionales, se refieren a ellos como “creencias despectivas sobre grupos sociales, en un sistema caracterizado por la separación de la gente dentro de roles, clases, posiciones o estatus” (Jost y Banaji, 1994, p. 3). Finalmente se recoge la definición que, en un estudio más reciente, hacen Shih, Ambady, Richeson, Fujita y Gray (2002, p. 638) en la que se resalta la función cognitiva, en el sentido más amplio, que realizan los estereotipos, al definirlos como “categorías que la gente emplea para organizar su mundo social”.

Como se aprecia, hay una diversidad de criterios, algunos de los cuales siguen teniendo vigencia después de décadas de estudios empíricos. Otros, más recientes, se relacionan con las teorías que estudian los procesos cognitivos que están implicados. Por nuestra parte, entendemos los estereotipos como las creencias sociales que se mantienen hacia los miembros de determinados grupos, por las que éstos son percibidos uniformemente, al prescindirse de las características individuales que hacen único a cada ser humano.

A continuación se ofrece una breve revisión de estos enfoques, para terminar con las relaciones que se han encontrado entre este fenómeno y otros constructos psicológicos.

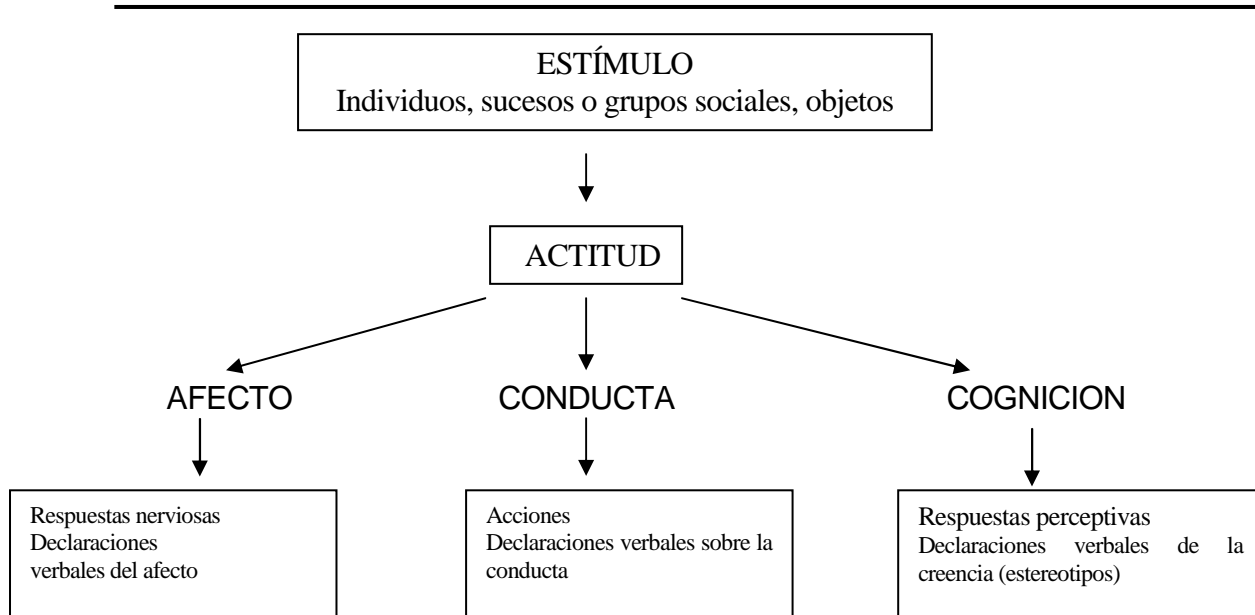
2.2. Los estereotipos en el modelo tripartito de las actitudes

Algunos de los autores que abordan el tema de los estereotipos, los distinguen de otros fenómenos sociales con los que se encuentran relacionados, como son las actitudes y los prejuicios y que, a veces, se han empleado indistintamente (Fernández-Ballesteros, 1992). Así pues, en primer lugar, los diferenciaremos centrándonos en uno de los marcos explicativos que más influencia han tenido desde principios del siglo pasado, como es el del modelo tripartito de las actitudes. Puede verse la definición de estos términos así como las relaciones que existen entre ellos en dicho modelo (Figura 3).

Si se delimita lo qué se entiende por *actitud*, se deben recoger algunas de las definiciones que aparecen con más frecuencia en los trabajos sobre el tema. Así, Allport (1954b, p. 810) la define como “un estado mental de predisposición que se organiza a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y dinámica sobre la respuesta de un individuo a todos los objetos y situaciones con las que se relaciona”. En un estudio más reciente, Greenwald y Banaji (1995, p. 7) se refieren a las actitudes como “disposiciones favorables o desfavorables hacia objetos sociales”.

El modelo tripartito de las actitudes se encuentra recogido en múltiples trabajos (Ajzen y Fishbein, 1977; Allport, 1954; Baron y Byrne, 1977; Breckler, 1984; Greenwald, 1968; Hilgard, 1980; Insko y Schopler, 1967; Rosenberg y Hovland, 1960; Secord y Backman, 1974) y en él se identifican tres componentes en la actitud: afecto, conducta y cognición, los cuales implican tres tipos diferentes de respuestas que se dirigen a un estímulo.

Figura 3. Modelo tripartito de la actitud (Rosenberg y Hovland, 1960)



Fuente: Breckler (1984). Empirical validation of affect, behavior and cognition as distinct components of attitude (p. 1192)

En su estudio sobre la validación empírica del modelo, Breckler (1984, p. 1191) define el afecto como una respuesta emocional. La conducta, por su parte, tiene que ver con “acciones, intenciones o declaraciones verbales de comportamiento”, mientras que en referencia a la cognición, afirma que está compuesta por “creencias, estructuras de conocimiento y pensamientos”. Por otra parte, se considera que estos tres componentes de la actitud no son inamovibles sino que experimentan variaciones dentro de un continuo. Así, las conductas serán favorables u hostiles, el afecto va a experimentar sentimientos placenteros o desagradables, y las cogniciones o pensamientos van a evaluar favorable o desfavorablemente al estímulo objeto de la actitud.

Según este modelo, el componente afectivo tiene que ver con las preferencias y rechazos hacia otros y da lugar a los prejuicios. El componente conductual, que hace referencia a las manifestaciones de la conducta hacia otras personas en función de determinadas características distintivas, se manifiesta en la discriminación. Por último, el

componente cognitivo, que se relaciona con los conocimientos y las creencias hacia los miembros de un grupo social, está representado por los estereotipos (Kite y Wagner, 2002).

Para Braihwaite (2002) la diferencia esencial entre los prejuicios y los estereotipos, es que estos no manifiestan hostilidad sino ignorancia, mientras que el prejuicio conlleva una carga emocional negativa. Esta idea había sido sostenida previamente por Allport (1954b, p. 9) quien, en su estudio sobre el prejuicio, lo define como “una antipatía basada en una inflexible generalización”.

2.3. Funciones de los estereotipos. Marcos generales de interpretación

Algunos investigadores, como Snyder y Miene (1994) resaltan que los estereotipos de la categoría social *personas viejas* resultan especialmente intrigantes. Así, consideran que presentan una importante particularidad, y es que la vejez es la única categoría social a la que todas las personas van a pertenecer en algún momento, puesto que la única alternativa posible a no llegar a ser viejo es haber muerto prematuramente. Por tanto, la forma en que los sujetos de grupos más jóvenes perciben a las personas mayores, es de alguna manera la percepción futura de ellos mismos. Como se ha señalado, es debido en parte a esta circunstancia, por lo que algunos autores manifiestan su extrañeza ante el hecho evidente de que la percepción de la vejez conlleve la creencia generalizada en aspectos negativos y peyorativos, ya que tales imágenes representan de entrada una amenaza para el propio bienestar futuro.

A lo largo de un amplio campo de investigaciones (Caporael, Lukaszewski y Culbertson, 1983; Chasteen, Schwarz y Park, 2002; Chen y Bargh, 1997; Dijksterhuis y van Knippenberg, 1998; 2001; Langer y Benevento, 1978; Levy, y Langer, 1994; Levy y Shlesinger, 2001, Levy, 1996; Wittenbrink, Judd y Park, 1997; 2001) se ha demostrado que los estereotipos que los grupos humanos sostienen hacia parte de sus miembros por motivos de raza, género, religión u orientación sexual, por citar los más comunes, influyen directamente en la conducta de las personas a quienes se dirigen y que, como veremos más adelante, de los estereotipos negativos hacia las personas mayores puede derivarse fácilmente, por parte de éstas, una aceptación pasiva de las supuestas consecuencias de la vejez que contienen (Levy, 1999, 2003; Whitbourne, 1996).

La función que cumplen los estereotipos sociales en el ser humano implica que no puede delimitarse una explicación simple, y que para avanzar en su comprensión es necesario, como Hilton y von Hippel (1996) resaltan, que se profundice en la forma en que emergen y en el papel que desempeñan en una gran variedad de contextos, puesto que, en opinión de estos autores, los estereotipos sociales parecen servir a una multiplicidad de funciones que derivan de necesidades también muy diversas.

En la revisión de los enfoques teóricos sobre este tema, realizado por Cuddi y Fiske (2002), Hilton y von Hippel (1996), Jost y Banaji (1994) o Snyder y Miene (1994) aparecen dos marcos explicativos generales sobre las funciones que cumplen los estereotipos. Tales marcos de interpretación están representados por los modelos motivacionales y cognitivos, que se describen en los puntos siguientes más detalladamente.

2.3.1. Los estereotipos en los modelos motivacionales

Desde esta perspectiva, se incide en la función de acicate que cumplen los estereotipos en el ser humano, al servir de facilitación para justificar el propio estatus o las propias actuaciones sobre las de los demás. Los estereotipos aparecen aquí como respuesta a factores socioambientales generados por las diferencias de roles sociales, conflictos entre grupos o las luchas de poder, o bien como respuesta a la necesidad de identidad social. Así, las personas tienden a justificar determinadas situaciones y hechos que están presentes en el mundo social y que tienen relación con ellos mismos o con los demás. Tales situaciones pueden referirse a los pensamientos, a los sentimientos, así como a las propias conductas, agresivas o discriminatorias, contra miembros del endogrupo o de un exogrupo. En relación con las formas en que se presenta dicha justificación, Jost y Banaji (1994) diferencian tres enfoques de estudio: justificación del yo, justificación del grupo y justificación del sistema, patrón que se va a utilizar aquí para ordenar los contenidos que se quieren presentar en este apartado.

2.3.1.1. Justificación del Yo

Hace referencia a los casos en los que los estereotipos se dirigen a proteger la propia conducta o la posición del individuo. Este concepto se encuentra presente en los primeros trabajos del campo de la psicología social, con autores como Allport (1954a,1954b) o Katz y Braly (1933). Por ejemplo, Allport (1954a) afirma que la principal función de los estereotipos es la de justificar la propia conducta o el propio estatus en relación con los otros, de forma que las personas que ocupan posiciones de privilegio en la sociedad encontrarían en los estereotipos uno de los medios de desacreditar a las que están en situación de desventaja con respecto a ellas. Esta posición está también relacionada con la de autores cercanos a la teoría psicoanalítica, como Bettelheim y Janowitz (1964) quienes sostienen que los estereotipos funcionan a modo de mecanismos de defensa, por los que los conflictos internos serían proyectados hacia un chivo expiatorio localizado en el medio social. Desde esta perspectiva, los estereotipos sirven a la función de protección del yo, debido a que el grupo al que se estigmatiza amenaza de alguna forma al *self*. En el caso de las personas de edad avanzada, estas pueden representar una amenaza para las más jóvenes, porque los pensamientos sobre la vejez y sus procesos les hacen considerar lo transitorio de la juventud y la naturaleza no permanente de su apariencia física y habilidades, recordándoles que también ellos llegarán a ser mayores algún día, así como su propia mortalidad. Los mayores, por tanto, servirían a los jóvenes como paradigma de los cambios que les esperan, haciéndoles percibir a través de ellos imágenes probables de su propio futuro que no son necesariamente agradables o deseables.

Para Taylor y Moriarty (1987) los estereotipos sirven a modo de auxiliares de autoprotección sobre otros grupos sociales, e incluyen su derogación, en particular si tales grupos son percibidos como competidores por el consumo de unos recursos que se perciben limitados. Los estereotipos sobre los miembros de otros grupos se consideran también un instrumento útil para que la gente se sienta mejor sobre ellos mismos y menos amenazados por el exogrupo. Por ejemplo, se pueden utilizar los estereotipos, como veremos más adelante, como forma de comparación social, siendo éste uno de los procedimientos que parecen estar al servicio de la protección de la autoestima (Wills,1981).

2.3.1.2. Justificación del Grupo

Este enfoque parte de la consideración de que los estereotipos tienen como finalidad la protección del estatus o de la conducta del grupo social, y es sustentado por autores como Hogg y Abrams (1988) o Tajfel y Turner (1986). Esta perspectiva traslada la hipótesis de la justificación del yo al nivel de las relaciones intergrupo, proponiéndose que los estereotipos deben ser considerados en el contexto de los intereses del grupo y de la identidad social. Estos autores sostienen que los estereotipos sirven para hacer juicios sociales comparativos a través de los cuales el grupo de referencia resulta beneficiado en relación con el exogrupo. Enfatizan la función adaptativa que los estereotipos realizan, en cuanto que ayudan a los individuos a construirse una identidad social, y ocurren en dos niveles: intragrupo e intergrupo. A nivel intragrupo, por el sistema de regular las normas de conducta a través de las cuales las personas se definen como parte integrante de un grupo, y a nivel intergrupo, al explicar las relaciones de competición que se establecen entre diferentes grupos sociales por conseguir el control de los recursos materiales y simbólicos (Jost y Banaji, 1994).

Puesto que los individuos construyen parte de su identidad personal identificándose con el propio grupo, solo podrán conseguir este objetivo por el medio de experimentar sentimientos positivos hacia el grupo de pertenencia. Así, una forma de lograr esta identidad positiva, es encontrar diferencias que favorezcan al propio grupo (endogrupo) en relación con los otros grupos (exogrupos). Según este enfoque, los miembros de un endogrupo utilizarán preferentemente estereotipos negativos hacia el exogrupo, a través de los cuales harán juicios comparativos en beneficio del grupo de pertenencia, lo cual les va a facilitar la reafirmación de la propia identidad (Tajfel y Turner, 1986).

La comprobación empírica de que las personas están fuertemente motivadas para sostener estereotipos positivos del endogrupo y negativos del exogrupo ha sido verificado en numerosos estudios en relación con la raza y el género (Braithwaite, 2002; Dovidio y Gaertner, 1986; Hogg y Abrams, 1988). Sin embargo esta tendencia no aparece tan clara cuando se trata de las personas de edad avanzada, aspecto este que desarrollaremos más adelante.

Cercano al marco teórico de la justificación del grupo, es el de la *Orientación Sociocultural*, que se enfoca en que los estereotipos emergen a partir de factores sociales y culturales en el contexto de las normas del grupo (Pertigrew, 1959). Este modelo sugiere que los estereotipos pueden servir a la función social de ayudar a la gente a identificarse con su grupo de referencia a través de las normas y hábitos que les son propios. Se sostiene aquí que, en el proceso de socialización, los miembros más jóvenes adquieren creencias y expectativas estereotipadas sobre otros grupos, las cuales facilitan la interacción con los miembros del endogrupo, por lo que es fácil que la gente se resista a cuestionarse su autenticidad (Snyder y Miele, 1994). En este modelo, los estereotipos de la vejez se explicarían fundamentalmente desde la segregación por edades que se produce en la sociedad. Es decir, debido a la tendencia fuertemente arraigada, por la que las personas ocupan su tiempo en actividades de ocio y de amistad con otras que tienen una edad similar, es habitual que los niños y los jóvenes tengan muy poco contacto con las personas de edad avanzada, con la posible excepción de sus familiares. De este modo, se sostiene que, puesto que las experiencias con las personas viejas son mínimas, las creencias de los grupos más jóvenes sobre esta etapa de la vida estarán fuertemente influenciadas por sus percepciones sobre los rasgos de apariencia externa de las personas mayores, y por los estereotipos que desde el conjunto del grupo social (amigos, los media, etc.) se mantiene sobre ellos.

2.3.1.3. Justificación del Sistema

Esta perspectiva se centra en la forma en que los estereotipos pueden estar funcionando al servicio de una justificación ideológica. Por ejemplo, para “desarrollar ideas sobre las características del *self* y de los otros en función de una situación social establecida, tal como división de roles y de responsabilidades” (Jost y Banaji, 1994, p.11).

El punto de partida en este enfoque, es que los estereotipos están al servicio de determinadas ideologías, sirviendo en particular para justificar la explotación de unos grupos por otros (Jost y Banaji, 1994). Se sostiene que los estereotipos representan uno de los medios empleados para justificar el sistema social existente, así como la posición y las acciones de uno mismo y de los demás. Un elemento central en este enfoque es el de *falsa conciencia*, entendida como el “sostener falsas creencias que apoyan la propia

opresión” (Cunningam, 1987, cit. Jost y Banaji, 1994, p. 11). Estos autores sostienen la hipótesis de que bajo ciertas condiciones la gente justificará su estatus a toda costa, por encima del deseo de defender sus propios intereses o los intereses de los miembros del grupo. Jost y Banaji (1994) sugieren que la gente desarrolla ideas sobre las características propias o de los demás, en función de una situación social dada, tal como puede ser la división de roles sociales o de responsabilidades, o situaciones que se producen cuando el sistema legal de una sociedad apoya determinadas acciones de injusticia social. En estas circunstancias estos autores sostienen que la mayoría de las personas, más que cuestionarse el orden o la legitimidad del sistema que ha generado este tipo de hechos, tenderá a justificar los rasgos fundamentales que están en consonancia con el mantenimiento de esa situación, ya sea ésta positiva o negativa para ellos. Por ejemplo, Eagly y Steffen (1984) encontraron que los estereotipos de género se relacionan con la asunción social de los roles específicos que hombres y mujeres han ocupado a lo largo del tiempo, y que han acabado generando un acuerdo social por el que se percibe a las mujeres como pasivas y suministradoras de alimento y cuidados, y a los hombres como activos y autónomos. Para Eagly y Steffen (1984), una vez que un conjunto de circunstancias como éstas ha generado acuerdo social, el resultado del mismo tiende a ser explicado y justificado por el grupo simplemente porque ya existe.

En este contexto teórico, un estudio de Geis (1993) ha demostrado que la gente tiende a descubrir rasgos en ellos mismos y en otros que justifican el estatus que ocupan. Así, el proceso tiende a perpetuarse en el sentido de que las personas que sufren estereotipos -por ejemplo, los que existen hacia la vejez- tendrán la tendencia a elegir roles para ellos mismos que sean consistentes con las expectativas que los otros tienen sobre ellos, con el resultado de que van a colaborar, sin proponérselo, con que se mantengan para ellos mismos y para otros miembros de su grupo esas condiciones sociales desfavorables.

2.3.2. Modelos cognitivos

La segunda perspectiva de estudio de los estereotipos explica este fenómeno centrándose en los aspectos cognitivos del proceso. En este enfoque se propone que los estereotipos sirven fundamentalmente a la tarea de simplificar la complejidad de las demandas cognitivas y perceptivas del ambiente, lo que permite al limitado sistema

cognitivo de los sujetos un mejor rendimiento, aunque a veces este aumento en el rendimiento sea conseguido al precio de aceptar como verdades asociaciones perceptivas erróneas.

De esta forma, los estereotipos son considerados como mecanismos de ahorro de energía que sirven a la función de simplificar las demandas cognitivas medioambientales, bien porque estas superan la capacidad de los sujetos para abarcar la multiplicidad de aspectos de una situación, bien porque las circunstancias ambientales o sociales a las que deben hacer frente en un momento dado, no tienen para los individuos el grado de significación suficiente como para esforzarse en llegar a su comprensión. El que los estereotipos actúan como un sistema de ahorro de recursos en la actividad mental está ampliamente documentado y demostrado (Brewer, 1988; Fiske y Neuberg, 1990). Se sostiene que la realidad cotidiana es demasiado compleja para que nadie se la pueda representar de una forma precisa, así como que existe una fuerte tendencia en las personas a agrupar los objetos y acontecimientos en función de las similitudes que encuentran entre ellos. Si se tuviera que individualizar cognitivamente cada objeto o acontecimiento nuevos, el proceso resultaría excesivamente costoso, mientras que haciéndolo a través de mecanismos tales como los estereotipos, los sujetos necesitan poner en juego solamente la ejecución de algunas habilidades rutinarias. En este sentido Macrae, Milne y Bodenhausen (1994, p. 37) afirman que los estereotipos “ayudan a simplificar la percepción, los juicios y la acción”.

La forma en la que se produce tal ahorro de energía mental se explica a partir de los principios cognitivos que están en la base de la representación y codificación de la información en la memoria. Así, los estereotipos simplifican el procesamiento de la información al proporcionar a los individuos un armazón mental a través del cual pueden asimilar realidades complejas pero poco significativas para ellos con un mínimo esfuerzo. Esto les facilita el poderse comprometer en tareas cognitivas de una mayor funcionalidad personal. La esencia del enfoque cognitivo en el fenómeno de los estereotipos, es que éstos suponen un proceso funcional y adaptativo, que juega por tanto un papel central en la cognición social humana.

El empleo de categorizaciones cognitivas por el pensamiento está presente en multitud de estudios de diferentes campos de la psicología, tanto de la psicología social

como de la psicología de la educación (Pozo, 1996). Un mensaje común que surge de estos estudios es el de que, cuando el procesamiento adquiere un nivel elevado de dificultad y los recursos cognitivos de los sujetos se reducen, es más fácil que se active y aplique una forma de pensamiento estereotipada. Esto significa también que el ser humano tiene a su disposición unos recursos cognitivos que son finitos, no ilimitados, por lo que necesita emplear estrategias económicas para asignar estos recursos a las diferentes tareas a las que debe hacer frente en las interacciones de la vida diaria.

Así pues, para resumir lo expuesto sobre los modelos cognitivos, los estereotipos sirven a la función de la economía cognitiva, ayudando a los observadores a reducir y simplificar la información excesiva. Extrapolando esta idea central a los estereotipos de la vejez, el proceso que ocurre cuando un observador encuentra a una persona mayor, es que la categoriza como formando parte de un exogrupo con el que se cree que comparte ciertas características y atributos comunes. De esta forma, los mayores pueden llegar a ser percibidos “todos ellos como similares y considerados de forma extrema en diferentes dimensiones psicológicas” (Snyder y Miene, 1994, p. 66).

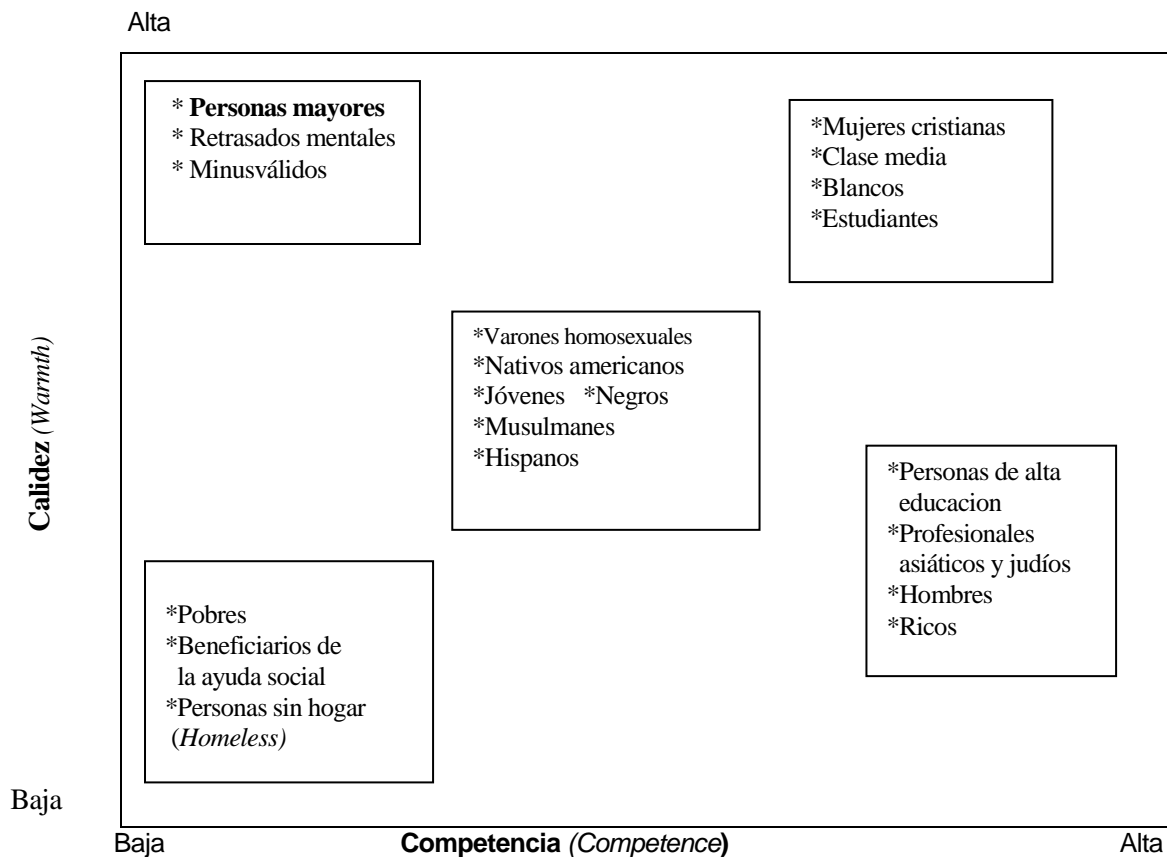
2.4. El contenido general de los estereotipos en las categorías sociales

Los estereotipos no son unidimensionales, sino que contienen elementos positivos y negativos sobre múltiples rasgos, como señalan entre otros Palmore (1989) o Cuddy y Fiske (2002). Estos últimos autores han hecho una revisión de los resultados de múltiples estudios sobre estereotipos realizados en diferentes grupos sociales, llegando a la conclusión de que el contenido general de los estereotipos gira alrededor de dos dimensiones centrales: *competencia* y *calidez*. En la dimensión de competencia, los rasgos que sobresalen son los de *independiente, hábil, capaz y/o trabajador*, mientras que la dimensión de calidez se organiza alrededor de rasgos como *de buen natural, sincero, afable y/o amistoso*. Estas dos dimensiones se han encontrado tanto en estudios clásicos de percepción de las personas como en los que analizan la percepción de grupos sociales específicos. Así, Peteers (1995), investigando sobre el contenido general del estereotipo ha encontrado dos dimensiones: *beneficioso para sí mismo (self-profitability)*, que es similar a la noción de competencia, y *beneficioso para los demás (other-profitability)*, comparable con el concepto de calidez.

También se han encontrado unos factores similares en los estudios sobre estereotipos de grupos raciales. Por ejemplo los resultados de Hurth y Kim (1989) o Kitano y Sue (1973) con personas asiático-americanas ponen de manifiesto estereotipos de excesiva competencia (demasiado ambiciosos, duros trabajadores) y deficiente sociabilidad, para las personas de este origen racial, mientras que los resultados de Phalet y Pope (1997) con personas del Este de Europa, distinguen entre competencia y moralidad. Resultados semejantes a los mencionados se han encontrado también en la mayoría de los estudios sobre diferencias de género, como los de Bakan (1966), que encontró las dimensiones de *communal* (servicial, capaz de entregarse al *self* de los otros) para el estereotipo de la mujer, y de *agentic* (independiente, dominante, seguro de sí mismo, trabajador) para el estereotipo del varón.

Los resultados de una encuesta recogidos por Fiske, Xu, Cuddy y Glick (1999) ilustran igualmente que los estereotipos de los grupos sociales se ordenan a lo largo de estas dos dimensiones, lo que ofrece un mayor soporte a la hipótesis (Figura 4). En dicho estudio, los participantes debían valorar a personas de diferentes grupos sociales según varios estereotipos que se correspondían con las dimensiones de competencia y calidez. Los autores encontraron que los participantes clasificaron a la mayoría de los grupos asignándoles estereotipos que se correspondían con una puntuación mucho más elevada en una dimensión que en otra. Así, la mayoría de los grupos fueron percibidos como eficientes o competentes y fríos o como incompetentes y cálidos. Solo dos grupos recibieron puntuaciones del mismo signo en estas dos dimensiones: los endogrupos, que fueron percibidos como cálidos y competentes, y los grupos minoritarios marginales, como las personas sin hogar, que recibieron estereotipos de incompetentes y fríos. Los autores sugieren que este último resultado puede ser debido a que en Estados Unidos la gente tiende a considerar a las personas que soportan una situación de extrema pobreza, como responsables de la situación que padecen.

Figura 4. Modelo de Fiske, Xu, Cuddy y Glick (1999) sobre el contenido del estereotipo en los grupos sociales de la sociedad norteamericana



Fuente: Cuddy y Fiske (2002, p.10). Doddering but dear: process, content and function in stereotyping of older persons

Cada una de estas constelaciones de estereotipos refleja un tipo diferente de prejuicio. Así, los grupos percibidos como cálidos e incompetentes, tales como las personas mayores, serían predominantemente el objetivo de los prejuicios paternalistas, mientras que los grupos pertenecientes a determinadas etnias o razas minoritarias soportarían los prejuicios relacionados con la desconfianza o el temor. También puede observarse cómo las personas mayores están situadas dentro de la categoría calidez-incompetencia, junto con las personas discapacitadas y retrasadas, hecho que ya aporta una primera perspectiva del contenido de los estereotipos sociales implicados, aspecto que se va a continuar delimitando en el punto siguiente.

Una de las conclusiones más interesantes a las que llegan Cuddi y Fiske (2002) en este estudio, es que no aparece en ninguna de estas clasificaciones la unión de cálido y competente porque la gente reserva esta doble asociación para el propio grupo de pertenencia. Sin embargo esta conclusión no parece que pueda ser aplicada en la misma medida los adultos mayores, los cuales, como veremos, sostienen los mismos estereotipos negativos hacia la vejez que los grupos más jóvenes.

2.5. Procesos automáticos y controlados en la cognición social

La distinción que se realiza entre procesos automáticos y controlados, supone básicamente que los procesos automáticos no necesitan un esfuerzo consciente y parecen iniciarse por la simple presencia del estímulo en el ambiente, mientras que los procesos controlados en cambio son intencionales y necesitan de la atención activa del sujeto, siendo también más flexibles que los procesos automáticos (Shneider y Shiffrin, 1977).

Existe un amplio cuerpo de investigaciones que señalan que los estereotipos y los prejuicios pueden desencadenarse automáticamente, fuera de la conciencia del sujeto, solo por la presencia de un objeto que reúne las características perceptivas asociadas a ellas. (Banaji y Hardin, 1996; Chen y Bargh, 1997; Devine, 1989; Macrae, Milne y Bodenhausen, 1994; Perdue y Gurtman, 1990; Pratto y Bargh, 1991). Sin embargo, para Blair y Banaji (1996) o Devine (1989), la motivación del sujeto y los recursos cognitivos que posea también pueden determinar el que una respuesta refleje un proceso automático o controlado. Este aspecto se pone de manifiesto en la activación/aplicación del estereotipo, al cual nos vamos a referir a continuación.

2.6. Activación/aplicación del estereotipo

Blair y Banaji (1996) demostraron que el interés activo y los recursos cognitivos del observador (si estos son limitados, es más difícil de contrarrestar el efecto de la automaticidad del estereotipo), pueden servir de mediadores para moderar los efectos de los estereotipos que se encuentran en las categorizaciones sociales. Estos autores sugieren que una cosa es la activación automática de la información contenida en el estereotipo, y otra que se haga uso de esta información para hacer juicios, actividad que

parece estar bajo el control del observador. Es decir, la activación del estereotipo se cree que es un proceso automático, mientras que la aplicación del mismo se supone un proceso que está bajo el control de los sujetos. Aunque los estereotipos sociales se activan de forma automática o no intencional, debido en parte a que este tipo de respuesta supone una elección más fácil y cómoda para los individuos, sin embargo hay investigaciones que sostienen que un esfuerzo intencional o controlado por parte del observador puede cortocircuitar el pensamiento estereotipado (Devine, 1989; Fiske y Neuberg, 1990). Por ejemplo, Devine (1989) realizó un trabajo sobre los prejuicios raciales en el que encontró que las personas de alto y bajo prejuicio conocían por igual los estereotipos de los negros americanos. Cuando esos estereotipos eran activados de forma automática por medio de un experimento de información previa no consciente (*priming*), ambos grupos de sujetos, de alto y bajo prejuicio, daban respuestas en concordancia con el estereotipo. Sin embargo, cuando se colocó a los participantes en la situación de dar la respuesta de una forma consciente, los sujetos que estaban motivados a no reconocer los estereotipos (los de bajo prejuicio) eran capaces de inhibir la respuesta de prejuicio. A partir de los resultados de este estudio, la autora propone un modelo explicativo que procede asimismo del estudio del procesamiento controlado y automático de la información. Así, Devine (1989) sostiene que los estereotipos se activan de forma automática y por igual en las personas, a causa de la limitada capacidad que tiene el ser humano para atender a todos los elementos de una situación. No obstante, hace una importante distinción entre las personas con alto y bajo nivel de prejuicio y es que las personas de bajo nivel de prejuicio experimentarían un conflicto entre la activación social automática (el estereotipo), no enjuiciada conscientemente, y sus creencias personales. Tales creencias pueden ser opuestas a las del modelo social. Es precisamente esta discordancia la que les puede conducir a intentar resolver el conflicto así creado inhibiendo de forma consciente (controlada) la información contenida en el estereotipo, sustituyéndola por sus creencias personales. En cambio las personas que presentan un alto nivel de prejuicio se regirían por estándares sociales externos, no existiendo en ellos, en opinión de Devine, esos procesos de control. De esta forma, la activación automática del estereotipo les conducirá a respuestas de coherencia con éste, dando lugar a las conductas de prejuicio.

2.7. La conexión percepción-conducta

Hay un conjunto amplio de investigaciones, en diferentes áreas de la psicología, que apuntan a la constatación de los estrechos lazos que tienen lugar entre la percepción y la conducta, es decir, entre las representaciones por medio de las cuales se percibe una conducta y las que se usan para comprometerse en esa conducta (Bargh, Chen y Burrow, 1996; Brewer, 1996; Devine, 1989; Levy, 1996; Shih, Ambady, Richerson, Fujita y Gray, 2002; Shih, Pittinsky y Ambady, 1999).

Dijksterhuis y van Knippenberg (1998) realizaron un experimento dirigido a comprobar que, en los encuentros interpersonales, la gente generalmente realiza una serie de categorizaciones instantáneamente e infiere rasgos de personalidad a partir de las conductas de los otros, de forma espontánea. Es decir, los estereotipos se activan espontáneamente, como también comprobó Devine (1989). Estos autores diseñaron un estudio en el cual los participantes eran expuestos subliminalmente con el estereotipo de agresividad, el cual es uno de los que caracteriza a los norteamericanos negros. Los participantes así expuestos mostraron, en comparación con el grupo control, más agresividad en las expresiones faciales y expresaron más hostilidad verbal hacia sus interlocutores. Estos autores comprobaron asimismo que el tiempo al que están expuestos los sujetos a los estereotipos influye en el impacto que tienen en su conducta, es decir, una mayor exposición en el tiempo a la información previa, conduce a mayores cambios en la conducta. Para Dijksterhuis y van Knippenberg (1998), la consideración de que la conducta está bajo el control directo de la percepción es de importancia capital para la comprensión del comportamiento humano.

Tal como Bargh et al. (1996) hicieron notar, el lazo percepción-conducta puede ser de crucial importancia para la comprensión de un gran número de fenómenos sociales psicológicos, tales como la conformidad, el contagio emocional y conductual, reacciones de empatía, imitación y la confirmación conductual de estereotipos. En este sentido, Wheeler y Petti (2001) han hecho una revisión de 25 artículos recientes sobre estereotipos y encontraron que el 80% de estos estudios demostraban cambios conductuales consistentes con el contenido de los estereotipos que se activaron.

2.8. Implicaciones de la activación del estereotipo: los efectos de autocumplimiento

Como se ha visto, una importante función de los esquemas de conocimiento representados en los estereotipos sociales y en otras estructuras cognitivas relacionadas, es completar o rellenar la información sobre una persona o acontecimiento y generar expectativas sobre lo que va a suceder o sobre como esa persona se va a comportar (Fiske y Taylor, 1992; Snyder, 1992). Estas expectativas pueden servir de guía a la conducta durante las interacciones sociales, permitiendo al sujeto anticipar la forma de actuar del otro y estar preparado para responder de forma adecuada. Al mismo tiempo, la conducta de un sujeto hacia otra persona, basada en tales expectativas, puede influir en que los sujetos se comporten conforme a lo esperado por el observador, lo que se va a poner de manifiesto en conductas de confirmación del estereotipo.

Algunos trabajos sobre los procesos cognitivos que subyacen en la confirmación conductual de los estereotipos (Chen y Barg, 1997; Hilton y Darley, 1991; Neuberg, 1994; Pratto y Barg, 1991; Rosenthal y Jacobson, 1968; Snyder, 1992) muestran un alto grado de acuerdo en cuanto a los procesos que se considera que están implicados en este fenómeno de confirmación de la conducta y que enumeramos a continuación:

1.- Un grupo social determinado es la fuente de expectativas o *hipótesis provisionales*, las cuales se dirigen hacia un miembro de dicho grupo.

2.- El observador se comporta ante la persona sobre la que realiza las expectativas como si esas creencias fueran verdaderas.

3.- El sujeto al que se dirigen las expectativas responde a la conducta del observador con hostilidad, o bien conformando su conducta activamente en línea con esas expectativas.

4.- El observador interpreta la conducta del sujeto en línea con la expectativa y la codifica como una prueba más de conducta coherente con el estereotipo del grupo.

Se van a desarrollar ahora más ampliamente tales pasos, describiéndolos a partir de algunos estudios empíricos, para una mejor comprensión del fenómeno.

1.- Un grupo social determinado es la fuente de expectativas o “hipótesis provisionales”, las cuales se dirigen hacia un miembro de dicho grupo.

Es a través de un uso frecuente y consistente entre representaciones de determinadas rasgos físicos propios de un grupo social (color de la piel, características relacionadas con la edad o con el sexo) y representaciones de características de personalidad de los miembros de ese grupo, la forma en que se desarrollan asociaciones automáticas entre ambos tipos de representaciones. Es fácil que los sujetos, en las interacciones sociales, empleen estereotipos para hacer juicios sobre los otros. Así es cómo estas estructuras sociales de conocimiento generan expectativas sin intención o control consciente, y pueden ejercer un impacto engañoso y perjudicial para la interacción social, como se muestra en experimentos como los de Brewer (1988), Devine (1989), Greenwald y Banaji (1995) o Macrae et al. (1994). Por ejemplo, Devine (1989) realizó un estudio sobre los estereotipos raciales y demostró que la activación subliminal de estereotipos característicos de las personas de raza negra en la sociedad norteamericana, produjo en los participantes expuestos a tales estereotipos más rasgos de hostilidad en su interacción posterior con otras personas que en los participantes del grupo control.

Otro ejemplo de la actitud anticipatoria de la conducta en relación con las expectativas aparece en una investigación llevada a cabo por Hummert, Garstha, y Shaner (1997) con la que pretendían comprobar entre otros aspectos, si la edad de los sujetos puede influir en los juicios del observador. Los resultados mostraron una fuerte asociación entre la edad percibida y los estereotipos negativos. Así, las personas que parecían tener más de 80 años fueron emparejadas con más frecuencia con rasgos negativos que aquellas que parecían tener 60 años.

2.- El observador se comporta ante la persona sobre la que realiza las expectativas como si esas creencias fueran verdaderas.

Se considera que, generalmente, el observador no es consciente del rol que desempeña en la producción de la confirmación de la conducta. Sin embargo, en la mayoría de los análisis de los procesos de confirmación conductual se asume que el observador desempeña un papel activo en producir una evidencia de confirmación de la

conducta en cuestión. Así, Hamilton, Gibbons, Stroessner y Sherman (1992) entre otros, describen al observador como el constructor activo, desde el inicio de la interacción, de una imagen de la otra persona a través de observar la información que recibe de forma sesgada. Esto repercute a veces muy sutilmente en su propia conducta hacia la persona a la que se dirigen los estereotipos. Por ejemplo, en el estudio ya citado de Devine (1989), cuando se activó en los participantes el concepto de hostilidad, el cual forma parte del estereotipo que soportan las personas de raza negra en la sociedad de EEUU, esta activación produjo, en la interacción posterior, respuestas no verbales tales como cambios en la expresión facial o del tono de voz. Estos cambios sutiles son a su vez percibidos por la persona a la que se dirige el estereotipo, y actúan como un mediador en los efectos de confirmación conductual, como se verá en el paso siguiente.

En relación con las modificaciones, casi imperceptibles, que realiza el observador en el desempeño de su propio rol en la confirmación posterior del estereotipo, en un estudio realizado por Carporael, Luzkaszewski y Culbertson (1983) sobre el lenguaje de corte infantil que se emplea frecuentemente con los ancianos, se comprobó que los cuidadores usaban este tipo de lenguaje, sobre todo en la interacción con los residentes que necesitaban más atención en las tareas de la vida diaria, los cuales eran al mismo tiempo sobre los que mantenían menores expectativas. A partir de estos resultados, los autores sugieren que las pobres expectativas mantenidas por parte de los cuidadores podían ser las promotoras de un mayor grado de dependencia en los residentes.

3.-El sujeto al que se dirigen las expectativas responde a la conducta del observador bien con hostilidad o conformando su conducta activamente en el sentido de esas expectativas

Un mensaje importante de los resultados que se derivan de estudios como los señalados en el punto anterior, es que puede haber una base no consciente para los efectos de confirmación conductual. Si la activación automática de un estereotipo por las características físicas de una persona produce en el observador que se comporte en la línea señalada por el estereotipo, esta misma conducta inicial podría generar una reacción similar en el sujeto estigmatizado. Es decir, es posible que empiece a actuar de forma que se cumplan las expectativas que los otros sostienen sobre ella, dando así lugar a la profecía de autocumplimiento (*Self-fulfilling prophecy*) o efecto de confirmación

de conducta (Bowd, 2003; Darley y Gross, 1983; Hilton y Darley, 1991; Jussin, 1991; Rosenthal y Jacobson, 1968).

A menudo, como sugiere Snyder (1992), es la misma anticipación de la conducta por parte del observador lo que hace que la persona objeto del estereotipo se comprometa con la conducta que se espera de ella, como una forma de que la interacción no se altere o interrumpa, lo que está claro que actúa en contra de ella misma.

Se ha demostrado que los miembros de grupos determinados que son estereotipados por causa del género, motivos étnicos o de raza, presentan cambios conductuales evidentes, correspondientes a la activación de las expectativas basadas en los estereotipos del grupo. En uno de los más conocidos experimentos sobre los efectos de los estereotipos a través de *priming*, Steele y Aronson (1995) encontraron que simplemente la presencia de un ítem en que se preguntaba a estudiantes negros que indicaran cual era su raza antes de la presentación de una prueba, bastaba para que disminuyera su rendimiento en ella de forma apreciable. Se supone que el ítem de la raza activó los estereotipos negativos hacia el grupo social y con ello la autoconfirmación mental de representaciones de peor rendimiento académico. Así, con estas representaciones guiando su conducta, los participantes confirmaron los estereotipos de que las personas negras son intelectualmente inferiores.

En relación con la vejez, Hummert (1999) ha sugerido que las señales asociadas a la apariencia física y a determinadas conductas asociadas a las personas de edad avanzada, como moverse o caminar lentamente, pueden activar los estereotipos de la vejez en los otros, lo cual influye en la conducta de las mismas personas mayores. De esta forma, es posible que a través de las actitudes de la gente generadas por la activación de los estereotipos, pueda aumentar, en los adultos mayores, la conciencia de lo que para los otros supone ser viejo, y que esto tenga un impacto en la percepción de sí mismos como miembros de un grupo estigmatizado.

4.- El observador interpreta la conducta del sujeto en línea con la expectativa y la codifica como una prueba más de conducta coherente con el estereotipo del grupo.

Fiske (1998) señala que la conducta ambigua de una persona tiende a ser interpretada de forma consistente con el estereotipo. Por ejemplo, si una persona mayor acude al médico con alguna frecuencia, será considerada tal conducta como la confirmación de su declive en la salud, en cambio, si se trata de una persona joven, esa misma conducta será interpretada como que se hace chequeos regularmente. Otro ejemplo de interpretación consistente con el estereotipo consiste en atribuir características estables a las personas que actúan de acuerdo con el estereotipo del grupo, mientras que las que son inconsistentes con el estereotipo es fácil que sean atribuidas a situaciones transitorias. Por ejemplo, si una persona mayor tiene un olvido, será interpretado como un efecto de la edad, mientras que si el mismo olvido lo tiene una persona joven, será atribuido a falta de atención (Palmore, 1990).

En la revisión que hace Bowd (2003) de los estereotipos sobre las personas de edad avanzada en los chistes encuentra que uno de los más repetidos es el que se refiere a la creencia en su impotencia y falta de interés sexual. A pesar de que hay estudios sobre adultos mayores que contradicen esta percepción estereotipada de la sexualidad, Whitbourne (1996) opina que si los propios implicados la aceptan como una verdad incuestionable, y si los grupos más jóvenes refuerzan tales estereotipos en sus interacciones con los mayores, existe el riesgo de que las personas mayores puedan llegar a tener una percepción de sí mismos como asexuados.

Así, por medio de mecanismos sociales como los que se han descrito, los procesos de confirmación de la conducta proporcionan un poderoso acicate por el cual los estereotipos y la conducta de prejuicio son mantenidos, propagados y justificados.

CAPÍTULO III

VARIABLES RELACIONADAS CON LAS IMÁGENES HACIA LA VEJEZ Y CON LA AUTOPERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

3.1 Componentes generales de los estereotipos de la vejez

Una de las formas de acercarse a la complejidad de las actitudes y estereotipos de la vejez es a través de las investigaciones que han estudiado los subtipos que aparecen incluidos en la categoría general *personas mayores*. Brewer, Dull y Lui (1981), tomando como base la teoría de la categorización de Rosch (1978), que sostiene que existen diferentes niveles de abstracción en las representaciones cognitivas de los grupos sociales, propusieron que la categoría *personas viejas*, al igual que las basadas en el sexo o la raza, contiene a su vez otros subtipos de menor nivel de generalidad, los cuales proporcionan información suplementaria a la categoría social global. Esta información adicional es de carácter básicamente perceptivo y se refiere a características de los sujetos tales como el color de pelo, peculiaridades faciales, el estilo de vestir o incluso el tono de la voz, las cuales aportan datos adicionales sobre las personas (Stangor, Lynch, Duan y Glass, 1992). A través de este conjunto de rasgos perceptivos, se establecen asociaciones suplementarias, con inferencias asociativas entre esos rasgos de apariencia física y características de personalidad de los sujetos. Con objeto de comprobar esta hipótesis, Brewer y Lui (1981) diseñaron un estudio en el que pidieron a los participantes que clasificaran un conjunto de fotografías de personas mayores en las categorías que pensaban que eran las más apropiadas. A continuación, utilizando una lista de adjetivos con 44 rasgos de personalidad, seleccionados de anteriores estudios sobre estereotipos de la vejez, y que contenían connotaciones positivas y negativas a partes iguales, se les pidió que agruparan los atributos que pensaban que tenían en común las diferentes categorías que habían hecho. A través de estas clasificaciones los autores identificaron tres subtipos de personas mayores: La *grandmotherly* que representaba el estereotipo de la abuela acogedora, amable y amante de la familia y de la casa, el *elder stateman*, descrito como el varón inteligente, digno, conservador y competitivo y finalmente, el *senior sitizen*, representativo del estereotipo de persona solitaria, inactiva y frágil, que corre el riesgo de vivir en una institución. Al repetir Brewer y Lui (1984) este estudio con una muestra de mujeres mayores, encontraron que la mayoría de ellas se identificaron con una sola de las subcategorías. En concreto, mostraron una clara preferencia por la subcategoría de la

abuela, a la que atribuyeron la mayor parte de las evaluaciones positivas. Los autores sugieren que este resultado fue debido a un efecto de sesgo de endogrupo, y que si las mujeres se hubieran identificado con otra categoría, le hubieran atribuido entonces la mayoría de los rasgos positivos. De todos modos, lo que les pareció importante a Brewer y Lui de este resultado es que las mujeres no se identificaron con la categoría general *personas mayores*, sino que lo hicieron con una categoría subordinada, lo que da soporte a la hipótesis. Otros estudios han encontrado resultados similares (Heckhausen, Dixon y Baltes, 1989; Hummert, Garstka, Shaner y Strahm, 1994; Schmidt y Boland, 1986).

Estas clasificaciones también tienen importancia, por cuanto autores como Schmidt y Boland (1986) o Hummert et al. (1994) sugieren que las actitudes hacia los ancianos varían de acuerdo al subtipo que la persona representa, más que estar relacionadas con la edad real. Por ejemplo, Schmidt y Boland (1986) hicieron una investigación en la que pedían a los participantes que describieran los rasgos más característicos que pensaban que eran representativos de una *persona mayor*. A continuación, otros participantes distintos a los de ese estudio debían hacer clasificaciones de diferentes grupos de *personas mayores* utilizando los rasgos anteriores. En los resultados de este segundo estudio, en el que aparecieron hasta 12 subcategorías de *personas mayores*, Schmidt y Boland (1986) encontraron que cada subtipo iba unido a estereotipos específicos. En algunos de ellos predominaban las atribuciones negativas, tales como *vulnerable* o *desanimado*, mientras que en otros subtipos estaban más representados los estereotipos positivos, como *sabio*. Los autores sugieren que la existencia de tales sub-categorías explica rasgos de incoherencia tales como *sabiduría* y *senilidad*, que suelen surgir de forma automática como respuesta a la señal *personas viejas*. Schmidt y Boland (1986) opinan que estos rasgos incoherentes se encuentran asociados con determinados sub-tipos que tienen un contenido que, al mismo tiempo, difiere y está relacionado con la categoría general. Este aspecto de la cuestión es recogido también por Hummert et al. (1994) al indicar que cada subcategoría contiene rasgos específicos, los cuales se encuentran asociados con determinadas características de las personas, tanto cognitivas, como físicas y de personalidad.

3.2. La Influencia de la información en la percepción de las personas mayores

Se ha comprobado que algunas peculiaridades relacionadas con la información que reciben los observadores, pueden influenciar las creencias y estereotipos que la gente mantiene hacia las personas mayores (Guo, Erber y Szuchman, 1999). A continuación se van a explicar brevemente algunas de tales peculiaridades de la información.

3.2.1. Información genérica vs información individualizada

Kite y Johnson (1988) resaltan las diferencias que se producen en la percepción de las personas mayores en función del tipo de información de que disponen los sujetos, señalando que se producen evaluaciones más positivas cuando la información es individualizada. En cambio, si la información que se ofrece se refiere al conjunto del grupo, entonces se producen más juicios negativos. Así, estos autores encontraron que cuando se daba información adicional a los participantes, las evaluaciones que hacían eran más positivas que cuando se les proponía que evaluaran a una persona clasificada genéricamente como *vieja*.

Kite y Johnson (1988) señalan asimismo que cuando los sujetos a los que se evalúa difieren en edad, entonces generalmente persiste la evaluación negativa hacia los que son percibidos como más mayores, incluso aunque se ofrezca información individualizada. Estos resultados les hacen sugerir que la información relacionada con la edad es especialmente potente cuando se trata de hacer atribuciones sobre las personas.

3.2.2. Cantidad de información relacionada con el estereotipo

La influencia de los estereotipos en la discriminación de las personas ha sido ampliamente estudiada en el contexto de las actitudes racistas, que es un área en la que existen numerosos trabajos empíricos (Banaji, Hardin y Rothman, 1993; Blascovich, Spencer, Quinn y Steele, 2001; Steele y Aronson, 1995; Clark, Anderson, Clark y Williams, 1999; Devine, 1989) y que guarda relación con los estudios sobre las actitudes y estereotipos hacia la vejez. En algunas de estas investigaciones se ha encontrado que

la cantidad de información relacionada con el estereotipo, influye en la evaluación que se hace de las personas. Por ejemplo, Devine (1989) expuso subliminalmente a los sujetos de un estudio experimental, a diferentes grados de información asociada con el estereotipo de agresividad, el cual es soportado por las personas de raza negra en EEUU. En este estudio, se encontró que los participantes juzgaron la conducta de un sujeto de raza inespecífica como más hostil, cuando el 80% de la información previa estaba relacionada con el estereotipo de agresividad, que cuando se relacionaba con este estereotipo solo el 20% de la información previa que se ofrecía.

3.2.3. Información coherente vs incoherente con el estereotipo

Se ha encontrado que una vez que un estereotipo se ha formado, generalmente no desaparece cuando la persona encuentra información que lo contradice (Hill, Lewicki, Czyzewska y Schuller (1990). Por el contrario cuando la información que se ofrece sobre una persona no resulta coherente con el estereotipo del grupo, entonces los sujetos tienden a considerar a esa persona como una excepción. En opinión de Hill et al. (1990) o Hilton y Von Hippel (1996), esto parece ser un medio de poder continuar sosteniendo los estereotipos del grupo a pesar de las evidencias que existen en su contra. Así, en el caso de los estereotipos de género, Adler (2000) o Banaji y Hardin (1996) han encontrado asociaciones automáticas entre género y profesión en grupos de niños y de jóvenes. Por ejemplo, Adler (2000) ha demostrado que los niños afirman que los médicos son hombres incluso cuando su pediatra es una mujer.

Banaji et al. (1993) sugieren que aún de forma casual, como a través de situaciones y acontecimientos de la vida diaria o por las noticias que aparecen en la prensa, se puede facilitar el mantenimiento de los estereotipos, puesto que los sujetos van a seleccionar las interpretaciones de estos acontecimientos de forma que mantengan una coherencia con el estereotipo. Un ejemplo de esto aparece en el caso de personajes públicos, como artistas, empresarios, escritores, o políticos que permanecen activos profesionalmente, o mantienen su actividad creativa hasta edades muy avanzadas. En estos casos, muchas personas tienden a contemplar esta evidencia como excepciones a la creencia, ampliamente arraigada, de que el deterioro cognitivo es un hecho inevitable en la vejez.

3.3. Aspectos demográficos y psicosociales

Existe una gran diversidad de elementos que se considera que pueden asociarse de una u otra forma al modo en que las personas mayores son percibidas por la generalidad del grupo social. Entre esa multiplicidad de elementos se van a considerar a continuación los siguientes: *la edad, el género, nivel de estudios, la forma de convivencia, responsabilidades hacia otras personas, la actividad física mantenida y la participación en actividades sociales y religiosas.*

3.3.1. La edad

En la revisión de la bibliografía realizada, hemos encontrado un acuerdo generalizado sobre el hecho de que suele darse en los adultos mayores una percepción de la vejez diferente en función de la edad cronológica. Este aspecto es recogido en estudios gerontológicos específicos (Bazo y Maiztegui, 1999) y en encuestas efectuadas en amplios grupos de la población de adultos mayores (IMSERSO, 1991; 1995; 2002). Sin duda, existe el hecho evidente de que, conforme aumenta la edad, también lo hace la proporción de personas que se declaran enfermas. Así, se ha comprobado (IMSERSO, 1995) que el porcentaje de población que manifiesta tener problemas de salud pasa de ser poco más del 51%, para las que tienen entre 60 a 64 años, al 71% para los mayores de 85 años. Al mismo tiempo, la tasa de personas necesitadas de ayuda pasa del 15% entre los menores de 70 años a casi el 60% para los que tienen más de 80 años (Defensor del Pueblo, 2000). Es interesante resaltar sin embargo que, aunque se produce un aumento objetivo de los problemas de salud en relación con el incremento de la edad, esto no va unido necesariamente al hecho de que la generalidad de las personas ancianas perciban su salud como más deficitaria. Por el contrario, hay estudios que revelan que precisamente las personas más mayores de entre los ancianos, suelen valorar su estado de salud de forma más positiva que las de menor edad (Unger, Johson y Marks, 1997).

Hay estudios, como se ha dicho antes, que han demostrado que existen estereotipos, tanto negativos como positivos, hacia las personas mayores (Brewer y Luy, 1984; Hummert, 1990; Hummert et al., 1994; Schmith y Boland, 1986). No obstante, autores como Hummert, Garstka y Shaner (1997) sostienen que los estereotipos positivos

parecen estar dirigidos a las personas de menos edad de entre las percibidas *mayores*, es decir, en las que tienen alrededor de sesenta años. Es decir, parece ser que con el aumento de la edad va disminuyendo de forma gradual la presencia de estereotipos positivos, y que los estereotipos negativos son adjudicados preferentemente a las personas de más edad.

La importancia que tiene el incremento de la edad en las evaluaciones que se hacen de los sujetos es algo que ya había sido señalado por Neugarten (1974), el cual distinguió dos grupos de personas mayores según los años con los que eran percibidos: *jóvenes- viejos* (65 a 70 años) y *viejos-viejos* (más de 80 años). Neugarten encontró que los *jóvenes-viejos* eran evaluados más positivamente que los *viejos-viejos*. Unos resultados similares han sido posteriormente encontrados también por Hummert (1994), Hummert, Garstha y Shaner (1997) o Sanders, Montgomery, Pittman y Balkwell (1984). Por ejemplo, en su estudio, Hummert (1994) presentó a un grupo de estudiantes una serie de fotos de hombres y mujeres cuyas características faciales sugerían tres rangos de edad, *jóvenes-viejos* (55 a 64 años), *viejos* (65 a 75 años) y *viejos-viejos* (más de 75 años). La tarea consistía en que los participantes emparejaran las fotos con una serie de adjetivos que representaban estereotipos tanto positivos como negativos. En los resultados se comprobó que los participantes habían emparejado los estereotipos positivos, casi exclusivamente, con las fotos de las personas que representaban menos edad, es de decir, con los *jóvenes-viejos*. En cambio, la mayoría de estereotipos negativos fueron emparejados con las fotos de las personas percibidas como *viejas-viejas*. Finalmente, las fotos de grupo intermedio recibieron por igual estereotipos positivos y negativos. A pesar de que los resultados similares que aparecen en estudios como los que se han mencionado, no obstante, hay algunos en los que han aparecido excepciones, en relación con algunas características positivas asociadas con los adultos muy viejos. Una muestra de esto aparece en un trabajo realizado por Graham y Baker (1989), los cuales obtuvieron resultados que apuntan a que las personas de 90 y 100 años son percibidas, por lo general, como de mayor estatus que las que tienen 70 y 80 años.

3.3.2. El género

Un elemento que guarda relación con la forma diferente en que se percibe a los adultos mayores es el género. En este aspecto, se ha demostrado (Haddock, Zanna y Esses 1993) que no es frecuente que la gente evalúe a miembros de un grupo social sin considerar al mismo tiempo si se trata de un varón o de una mujer. Esta cuestión ya había sido considerada por Kogan y Sheldon (1962) quienes diferenciaron entre las actitudes existentes hacia los hombres mayores y hacia las mujeres mayores. De igual forma, Seccombe e Ishii-Kuntz (1991) sugieren que existe un criterio diferente para evaluar a los adultos mayores en función del género, puesto que las mujeres suelen ser percibidas como formando parte de las categorías de *mediana edad* y de *vejez*, cinco años antes que el hombre como *media*. Por tanto, los estereotipos de la vejez aparecerían a menor edad en las mujeres que en los hombres (Hummert et al. (1997). No hay duda de que este hecho guarda relación con los valores sociales dominantes de nuestra época, que están muy ligados a la juventud y a la belleza.

Por todo ello, los estereotipos son más imperativos socialmente para las mujeres que para los varones, de forma que es fácil que se acentúe en ellas la fuerza de los estereotipos que devalúan la vejez. En este sentido, Sontag (1979) ya había denunciado la existencia de un doble *standard* de vejez en función del género, indicando que los cambios de apariencia física relacionados con la edad, contienen más percepciones negativas hacia las mujeres que hacia los hombres. Este doble rasero de medida en la consideración de la vejez ha sido demostrado repetidamente en estudios experimentales (Deutsch, Zalenski y Clark, 1986; Drevenstedt, 1976; Gergen, 1990; Kogan, 1979b; Seccombe e Ishii-Kuntz, 1991; Zepellin, Sils y Heath, 1986). Por ejemplo, Deutsch et al. (1986) encontraron que los hombres viejos eran percibidos más atractivos que las mujeres de la misma edad, mientras que Gergen (1990) también ha demostrado que la asociación de estereotipos negativos basados en la edad, es más evidente para las mujeres que para los hombres. Por su parte, Hummer et al. (1994) realizaron un estudio en el que se pidió a los participantes que clasificaran fotos de hombres y mujeres de edad avanzada. Los resultados mostraron que cuando se trataba de una mujer, era fácil que los participantes emplearan expresiones relacionadas con los rasgos faciales, y que esto no ocurría si se trataba de las fotos de hombres. Así, los autores sugieren de estos

resultados, que las señales faciales pueden ser particularmente sobresalientes en la percepción de las mujeres mayores.

La influencia del género en la evaluación de las personas de edad avanzada, también guarda relación, en opinión de Hummert (1999), con el diferente rol social que se les presupone a hombres y mujeres. Desde esta perspectiva, se sugiere que las creencias de la gente sobre los otros derivan, al menos parcialmente, de las atribuciones que se hacen en función de roles sociales normativos. Por ejemplo, en nuestra sociedad es habitual aún asumir que si una persona no ha trabajado en una actividad productiva, es fácil que se piense que es una mujer, mientras que si ha desempeñado una actividad laboral retribuida, es probable que la mayoría de las personas consideren que se trata de un hombre, lo que ha sido comprobado empíricamente (Kite, 1996).

Hay, no obstante, algunos estudios, como los realizados por Canetto, Kaminski y Felicio (1995), Fiske (1993) o Ruble y Ruble (1982) en los que se ha encontrado que las mujeres mayores eran percibidas y evaluadas más favorablemente que los hombres, si bien tal evaluación positiva ocurría en dimensiones específicas relacionadas con el acogimiento y el cuidado de otros. Esto parece indicar que los estereotipos positivos de las mujeres mayores podrían estar relacionados con los roles tradicionales del ámbito doméstico y del cuidado de otros. Así, Canetto et al. (1995) sugieren a partir de estos resultados, que hay una expectativa social hacia las mujeres por las que son percibidas generalmente como dedicadas a otras personas, independientemente de sus propias necesidades. Este aspecto lleva implícito potencialmente, en opinión de los autores, una desaprobación hacia las mujeres que expresan sus propios deseos y necesidades y los ponen en práctica. En cambio, los hombres, al ser percibidos en los roles tradicionalmente masculinos asociados al poder y a la dominancia social, podrían enfocar sus vidas hacia sus propios intereses sin sufrir por ello censura social (Canetto et al. 1995; Ruble y Ruble, 1982).

Finalmente, hay que tener también en cuenta que las mujeres viven más años que los hombres por término medio, lo que hace que tanto el declive biológico y la dependencia debida a las enfermedades, como los condicionantes negativos sociales y afectivos asociados a la viudedad, sean más evidentes en ellas que en los varones. La realidad es que la mayoría de los hombres, a la misma edad que las mujeres,

permanecen casados y cuentan con sus esposas, para ser cuidados si enferman. En cambio, cuando son las mujeres ancianas quienes caen enfermas, es muy frecuente que ya sean viudas, con lo que suelen pasar a depender de sus hijos o de los servicios sociales. Todo esto hace que el nivel de dependencia de los varones mayores sea menos evidente que el de las mujeres, con la consiguiente repercusión en la percepción social de unos y otros. No obstante, aunque la mayoría de los estudios que han considerado el género en la percepción de la vejez, han encontrado que las mujeres son más devaluadas que los varones no hay, como se ha dicho, una coincidencia de todos los trabajos, puesto que Hummert et al. (1997) obtuvieron resultados que apuntan en la dirección opuesta, es decir, en su estudio los hombres fueron evaluados más negativamente que las mujeres. Por su parte, Kite et al. (1979) sugieren que, aunque parece existir un doble rasero de medida según el género, en las atribuciones que se hacen hacia las personas mayores, es posible que una vez que las personas han alcanzado una determinada edad, a partir de ahí ambos sexos sean percibidos de forma similar, y que las mujeres no sean entonces más devaluadas que los hombres.

También hay aspectos de tipo económico que pueden influenciar la percepción de la vejez de forma diferente en varones y mujeres. Por ejemplo, la mayor pobreza se encuentra entre la población de mujeres ancianas. Este problema parece ser debido a que las actuales generaciones de mujeres mayores se han dedicado preferentemente al cuidado de la casa y de la familia. Por tanto, al no haber desempeñado ninguna actividad profesional, no disponen de ingresos propios o de pensión de jubilación como en el caso de los hombres. Debido a esto, es más fácil que estén más desamparadas desde el punto de vista económico que si es el varón el que queda viudo. Así, en un artículo publicado recientemente (Jaúregui, 12 de mayo, 2003) se señala que el riesgo de ser pobre y dependiente en las personas mayores actuales de nuestra sociedad, está directamente relacionado con ser mujer.

De igual forma hay que hacer mención, entre las diferencias según el género que se encuentran en esta etapa de la vida, a una mayor incidencia de trastornos depresivos en las mujeres, lo que es señalado, entre otros, por Bazo y Maiztegui (1999), Mininuci, Maggi, Pavan, Enzi, y Crepaldi (2002) y Montañés y Latorre (1999). Por ejemplo, Mininuci et al. (2002) concluyen que, independientemente del estado objetivo de salud, existe un mayor porcentaje de síntomas depresivos en las mujeres que en los hombres.

Este resultado se produce incluso cuando se controlaron factores de riesgo tales como problemas de sueño, uso de medicamentos o falta de soporte social y de redes familiares.

Por su parte, Montañés y Latorre (1999) han encontrado que la mayoría de mujeres que presenta síntomas depresivos, experimenta asimismo problemas de movilidad superiores a los que padecen los varones, en una proporción de 1.5 más que éstos. En este sentido, una variedad de trabajos sobre el tema incide en la problemática de los trastornos depresivos asociados al sexo, como una variable importante de salud. Por lo tanto, este elemento puede suponer un factor a tener en cuenta en relación con la información que ofrecen las mujeres sobre la salud percibida. Por ejemplo, Satariano, Haight y Tager (2000) comprobaron, en un trabajo con 2.046 personas de más de 55 años, que las mujeres informaban de más limitaciones físicas que los hombres, pero encontraron que existía una relación entre la sintomatología depresiva y la reducción en la velocidad de la marcha. A partir de estos resultados, los autores destacaron que hay razones no médicas que inciden en la limitación de la actividad. Finalmente, Pinquart y Sörensen (2001a), quienes realizaron un metaanálisis de 300 estudios empíricos, encontraron pequeñas diferencias a favor de los hombres en cuanto al nivel de autoestima.

De esta forma, a través de la bibliografía revisada, parece concluirse que la mayoría de los estudios han encontrado diferencias en el funcionamiento de hombres y mujeres en la vejez, en las que parecen influir los estereotipos del rol de género y las expectativas sociales. Así, las mujeres informan de más enfermedades que los hombres, es más fácil que estén viudas, que tengan menor nivel educativo, menos actividad física y más pobre salud mental (Baltes y Smith, 2002).

3.3.3. El estado civil

Diferentes estudios parecen apuntar a que existe una percepción de la vejez diferente según el estado civil de las personas (IMSERSO, 1995; Bazo y Maiztegui, 1999). Se ha encontrado que, en general, las personas casadas viven más y se sienten mejor que las solteras o viudas, así como que, en la viudedad, hay más frecuencia de incapacidades, de sentimientos de soledad y una percepción más negativa de la propia

salud (Pinquart y Sörensen, 2001b). Por su parte, Bazo y Maiztegui (1999) encontraron que las personas casadas se sentían viejas en menor proporción que las viudas.

Además, existe la creencia de que la pérdida del cónyuge actúa como un factor de riesgo para la salud física y mental, hasta el punto que la OMS considera a la viudedad reciente, en el periodo inferior a un año, como uno de los indicadores de "fragilidad". Este término, referido a la vejez, hace referencia a aquellas personas que se encuentran en condiciones clínicas, mentales o sociales muy inestables, y que tienen una alta probabilidad de trasladarse a vivir en una residencia. Wolinsky, Callahan, Fitzgerald y Johnson (1993) pusieron de manifiesto esta circunstancia en un estudio longitudinal, cuyos resultados mostraron que la viudedad incrementaba el riesgo de vivir en una institución. Por su parte, Mendes de Leon, Kasl y Jacobs (1995) encontraron que una alta sintomatología depresiva después del primer año de viudedad se asociaba con individuos de edades comprendidas entre 65 y 74 años. Estos autores sugieren, basándose en tales resultados que, cuando los sujetos pierden al cónyuge en estas edades, los trastornos depresivos pueden llegar fácilmente a convertirse en una patología crónica. De esta forma, teniendo en cuenta que hay mucha más proporción de mujeres viudas que de hombres en esta misma situación, parecería que las mujeres se encuentran más cercanas que ellos al concepto de "persona mayor frágil". No obstante, no hay unanimidad en este aspecto, puesto que los resultados de otros estudios ponen en duda que, en la mayoría de los casos, la viudedad tenga consecuencias adversas serias para la salud de las mujeres, dando así un tono menos pesimista a esta realidad social. Por ejemplo, en un trabajo longitudinal reciente realizado por Feldman, Byles y Beaumont (2000) con más de 12.000 mujeres de 70 a 75 años, los autores encuentran resultados que sugieren que, aunque la viudedad, inicialmente, tiene un impacto negativo sobre la salud de las mujeres, sin embargo a largo plazo puede estar acompañada de cambios positivos. Tales cambios tienen relación con experiencias vitales estimulantes que pueden enmarcar una nueva etapa de la vida para muchas mujeres que han perdido a su cónyuge. Tales experiencias se asocian con una mayor autonomía personal y económica, y con la posibilidad de elegir y de tomar decisiones en función de sus propios intereses y motivaciones. No puede olvidarse, en este aspecto, que las mujeres suelen ser más jóvenes que su pareja y que, antes de enviudar, muchas de ellas han permanecido cuidando a su cónyuge, a veces durante un largo periodo temporal. De esta forma, no es extraño que Arber y Ginn (1996) encontraran que, en

caso de viudedad, las mujeres están mucho menos predispuestas que los hombres a volver a casarse, por considerar que un nuevo matrimonio les aporta más inconvenientes que ventajas.

Así pues, para concluir sobre el impacto del estado civil en la vejez, se observa que, en los estudios que hemos citado, hay datos contradictorios en este aspecto.

3.3.4. El nivel de Estudios

En una amplia encuesta realizada por el IMSERSO (1995) se encontró que la percepción de la vejez es diferente en función del nivel educativo de las personas, de forma que cuanto menor éste, peor aparece en ellas la percepción de la vejez. También Levin y Levin (1980) o Palmore (1980) han encontrado que las personas con menor nivel educativo sostienen más estereotipos negativos sobre la vejez y sobre las personas mayores. Por su parte, Schieman y Campbell (2001), en un estudio con 731 sujetos de diferentes grupos de edad, encontraron que un pobre nivel educativo se relacionaba, en las personas mayores, con menos nivel de autoestima en comparación con las que las que tenían un nivel de estudios más elevado. Asimismo, el nivel de estudios aparece asociado en algunos estudios con el mantenimiento de conductas de promoción de la salud en la vejez (Schieman y Campbell, 2001).

La importancia del nivel educativo se pone también de manifiesto en un estudio de Degenova (1992). Este investigador preguntó a personas mayores, qué cambiarían de sus vidas si pudieran vivir otra vez, y encontró que el nivel educativo era el predictor más significativo de revisión de vida por encima de la salud, las actividades sociales y los ingresos. Desde los resultados obtenidos, este investigador sugiere que la educación tiene un alto valor cuando las personas llegan a la última etapa del ciclo vital. Asimismo, Lopata (1987) sostiene que la educación es el factor de influencia más importante en cuanto a la forma en que los adultos mayores adquieren nuevas formas de compromiso social, así como que el nivel educativo actúa como un medio de ayuda en la reducción de la soledad.

Mitchell, Legge y Sinclair (1997) estudiaron la percepción del bienestar en personas de entre 50 y 94 años que acudían a los cursos de la universidad de la tercera edad. Este estudio se efectuó por medio de la aplicación de cuestionarios. En ellos se recogían datos sobre las limitaciones existentes en las actividades físicas, sociales y de la vida diaria, así como de problemas de salud y emocionales. Los datos obtenidos mostraron que, en comparación con un grupo de control de la misma edad, los estudiantes de la universidad tenían un mejor estatus de salud, mental y física. También encontraron que en los grupos con mayor nivel educativo existía una percepción más positiva de la propia salud.

Para finalizar, cabe añadir que algunos estudios recientes muestran que el nivel educativo juega una función protectora ante desórdenes cognitivos leves, tal como la pérdida de memoria (Zhen y Cheng (2002). Asimismo, Blazer, Burchett y Fillenbaum (2002) han encontrado relaciones entre un bajo nivel educativo en las mujeres y mayor nivel de depresión.

3.3.5. El tipo de convivencia y las responsabilidades hacia otros

Bazo (1990) ha encontrado que la mayor parte de las personas ancianas manifiestan, respecto a la forma de convivencia preferida, que desean permanecer en su propia casa, separados de sus hijos, pero manteniendo respecto a éstos una cercanía. Es lo que se conoce como “intimidad a distancia” (Bazo, 1990) lo que, por otra parte, parece que es el tipo preferido de la convivencia intergeneracional. La relación con los miembros de la familia aparecen en encuestas como la realizada por Antonucci y Akiyama (1987), como la más importante red de contactos sociales que mantienen las personas mayores. No obstante, estos mismos autores han encontrado unos resultados similares en todos los grupos de edad. De esta forma, los vínculos familiares no aparecen ser específicos de las personas ancianas.

Bazo (1990, p.186) señala que “dada la asociación existente entre depresión y soledad, así como la que se halla entre depresión y modo de convivencia (vivir a solas o en compañía) pueden hacerse conjeturas acerca de la posible relación entre sentimiento de soledad y modo de convivencia”. El hecho es que la mayoría de los autores dan una

gran importancia a la soledad en la vida de las personas ancianas, habiéndose encontrado que el sentimiento de soledad se encuentra relacionado con una percepción negativa de la propia vejez (Lehr, 1980; Bazo, 1990). No obstante, Bazo (1990) encuentra que el hecho de vivir en compañía de otras personas es un elemento importante para disminuir los sentimientos de soledad, mientras que Lehr (1980) hace una distinción entre la forma de convivencia y el sufrir soledad, considerando que este sentimiento es independiente de la forma de convivencia.

Relacionada con el tipo de convivencia está la responsabilidad que las personas mayores mantienen hacia otros. Así, es cada vez más frecuente encontrar que las personas de edad avanzada se encargan de cuidar de sus nietos pequeños, al estar incorporadas en el mercado laboral la mayor parte de las mujeres jóvenes o ya sea porque los padres se han divorciado, con lo que a veces los abuelos se ven obligados a seguir asumiendo el rol de padres con sus nietos. También porque, debido al incremento de la esperanza de vida, muchas mujeres mayores de 65 años, tienen aún con vida a sus propios padres, por lo que siguen conservando con ellos la función de cuidadoras informales (Lehr y Wand, 1986). En este sentido no puede obviarse que, en todas las sociedades, la prestación de ayuda a los familiares mayores está ligada a las mujeres, por ser este uno de los roles tradicionalmente encomendados a ellas. Finalmente, porque es frecuente encontrar casos de parejas mayores en las que uno de sus miembros tiene graves problemas de salud, con lo que es el otro quien asume el papel de cuidador principal.

En un informe del IMSERSO (2000) se ha encontrado que en este año había un 11,9,% de mayores, generalmente mujeres, que se encargaba de cuidar a algún niño o a un familiar enfermo. Asimismo se informa que el tiempo que los mayores ocupaban en cuidar a otros adultos era, en uno de cada cuatro, de por lo menos de 60 horas a la semana.

3.3.6. La participación en actividades sociales comunitarias

Este aspecto de las actividades sociales, se refiere a aquellas en las que las personas mantienen un amplio campo de relaciones con personas a las que no están necesariamente ligadas con lazos afectivos. Estas relaciones incluyen intereses

comunes y pueden implicar asimismo un cierto grado de implicación y compromiso en determinados objetivos filantrópicos.

Hay una abundante bibliografía sobre el tema con un alto grado de acuerdo en que las personas con un mayor número de contactos sociales, y que mantienen una diversidad de intereses en esta área, tienen una percepción más positiva de la vejez y se mantienen en mejores condiciones psíquicas y físicas. Un ejemplo de esto aparece en el trabajo de Idler, Hudson, Shawna y Leventhal (1999). Estos investigadores encontraron que uno de los principales criterios por los cuales los sujetos valoraban positivamente su salud, estaba asociado con las actividades sociales que realizaban y con sus relaciones afectivas, más que con datos médicos objetivos. También Unger et al. (1997), que realizaron un estudio longitudinal de 7 años con 7.000 sujetos mayores, llegaron a la conclusión de que las interacciones sociales tienen un efecto protector en el declive funcional.

También en este mismo estudio, los autores sugieren que tales actividades pueden servir como un amortiguador de los efectos negativos de la viudedad. Por otra parte, Lang (2001) ha encontrado que los cambios en las relaciones sociales no se relacionaron con dimensiones de la personalidad sino con aspectos de motivación.

En España, un informe reciente del IMSERSO (2002) señala que el 45,2% de las personas mayores mantiene contactos sociales diariamente, y que los vecinos representan para los mayores una fuente importante de apoyo. Por otra parte, se ha encontrado que los hombres tienen más frecuencia de intercambios sociales que las mujeres, así como que se reúnen con sus amigos o con compañeros de club o asociaciones más a menudo de lo que lo hacen las mujeres. En los grupos de edad más avanzada, la frecuencia de contactos sociales disminuye, posiblemente por la existencia de más discapacidades en estas personas, así como por la disminución de las redes de amigos debido a fallecimientos.

En cuanto a la participación de las personas mayores en tareas de voluntariado social, es una actividad que va tomando cuerpo a gran velocidad en la sociedad occidental. Así, en las conclusiones del Foro mundial ONG sobre el envejecimiento, celebrado en Madrid en 2002, se reconoció la labor, cada vez más amplia, que el

colectivo de jubilados desempeña en el cuidado y la asistencia a otras personas. Estas van desde la ayuda a otras personas mayores a las que aportan compañía, pequeñas compras, ayuda en el cumplimiento de tareas burocráticas, etc., como a las que realizan con otros grupos desfavorecidos, por ejemplo, inmigrantes o personas indigentes. Al ser éste un fenómeno reciente, existe poca bibliografía sobre el tema, y no se ha encontrado que, hasta el momento al menos, se hayan realizado en España estudios que den detalles del grado de participación en voluntariado social que realizan las personas mayores. Sin embargo, hay un cuerpo de estudios que se han efectuado en otros países, los cuales se han tomado como referencia.

Así, uno de los primeros trabajos que se hicieron sobre este tema es el de Graney (1975) el cual, en un estudio longitudinal con mujeres mayores, encontró una relación entre sentimientos de felicidad y tareas de voluntariado. En un estudio más reciente, Oman, Thorensen y McMahon (1999) han demostrado que las personas mayores con una alta implicación en tareas de voluntariado social presentaban un 63% de mortalidad más baja que las que no tenían este tipo de actividades. Dulin, Hill, Anderson y Rasmussen (2001) por su parte, han estudiado la influencia del altruismo en la satisfacción con la vida en personas mayores de nivel económico bajo. Los resultados de este estudio mostraron que las personas que realizaban algún tipo de actividad altruista hacia otros, manifestaban un mayor nivel de satisfacción con la vida.

3.3.7. La participación en actividades religiosas

Hay la creencia de que, a medida que las personas envejecen, aumentan sus actividades religiosas. Los estudios que se han ocupado de este tema, generalmente sostienen la hipótesis de que la religiosidad puede proporcionar a las personas ancianas una fuente añadida de apoyo ante circunstancias adversas, tales como la pérdida de un ser querido. Sin embargo, para autores como Steven-Long y Commons (1992) este aspecto de protección ha sido sobrevalorado y sugieren que, en realidad, la mayor religiosidad de las personas ancianas es uno más de las falsas creencias asociadas a la vejez.

No obstante, investigadores como Levin y Chatters (1998) opinan que el acudir a actividades religiosas puede aportar a las personas mayores un beneficio social añadido por cuanto esta ocupación les ayudaría al incrementar sus redes de apoyo, y por lo tanto, podría incidir en una percepción más positiva de la vejez. En este sentido, algunos de los resultados obtenidos en una amplia encuesta efectuada en la población española (IMSERSO, 2002), parecen dar soporte a esta idea. Así, este estudio mostró que el hecho de vivir solos aumentaba en las personas mayores la frecuencia en la que asistían a actividades religiosas. Asimismo, se encontró que el porcentaje de asistencia a la iglesia por parte de este grupo era más elevado que el que se daba en la población de mujeres.

3.3.8. La actividad física mantenida

Este es un elemento que se tiene en cuenta en muchos estudios con ancianos, como una medida del grado en que las personas de edades avanzadas se preocupan en mantener hábitos de promoción de la salud.

Numerosos estudios confirman que la esperanza de vida depende, en buena medida, del estilo de vida que las personas han llevado y el que mantienen a lo largo de los años de la vejez. Se ha comprobado que el ejercicio físico regular contribuye a mejorar el sentimiento de autoeficacia, el funcionamiento en las actividades de la vida diaria y a aumentar la sensación de control sobre el propio cuerpo (Gracia y Marcó, 2000; Naylor et al., 2003). Por otra parte, la importancia de la actividad física en la ancianidad es puesta de manifiesto en estudios como los de Unger et al. (1997), quienes la encuentran ligada a un mejor funcionamiento en la actividad funcional, así como al aumento de la autoeficacia percibida. Asimismo, han puesto de manifiesto el impacto positivo que tiene en la autopercepción de las personas mayores el mantener un nivel adecuado de actividad física. Igualmente Lupinacci, Rikli, Jones y Ross (1993), en una muestra de personas mayores de 50 años, demostraron que aquellas que se preocupaban de mantenerse en buena forma física realizando con regularidad algún deporte, presentaban un mayor grado de eficacia en tareas cognitivas. Entre las múltiples ventajas que se derivan de permanecer activo físicamente en la vejez, se ha demostrado el aumento de masa y fuerza muscular, la disminución de las caídas y de la

osteoporosis, el aumento de la sensación de bienestar, la disminución de frecuencia de la depresión y la reducción del consumo de medicamentos. Por el contrario, Hays, et al. (1999) encontraron que a través de un bajo nivel de funcionamiento físico en los adultos mayores es posible predecir un mayor del uso de servicios médicos y de institucionalización, así como de la mortalidad.

Stathy, Fox y McKenna (2002) sugieren, de los resultados de un estudio realizado con personas de entre de 61 a 81 años, que la actividad física, además de que parece contribuir a la salud mental de los adultos mayores, puede actuar protegiendo a los individuos frente al estrés y el aislamiento. Por su parte, Hamid (1990) informa de cambios positivos en el funcionamiento cognitivo de las personas mayores con la condición de que la actividad se mantenga en el tiempo de forma prolongada.

Por otra parte, se ha encontrado que el principal determinante de la percepción de la salud entre los ancianos es el nivel de actividad o movilidad física que puede desarrollar (Lerh, 1980; Zautra y Heupel, 1994). De esta forma, las personas que pueden salir de casa sin ayuda se juzgan de modo más optimista que aquellas que se ven obligadas a permanecer en su casa, las cuales creen que su estado de salud es peor. No obstante, determinadas expectativas creadas por la sociedad que espera sobre todo restricción y pasividad de las personas de edad avanzada, tienen efectos nocivos en ellos (Schneider, 1970), puesto que con tales expectativas se influye desfavorablemente en su capacidad de rendimiento, tanto en la esfera corporal como en la psíquica. Así, muchos sujetos mayores, influenciados por tales expectativas sociales, pueden ajustar su comportamiento a lo que la sociedad espera de ellos, y de esta forma tender a la inactividad. Si a esto se añade que la desgana respecto al movimiento, influenciado por el deseo de evitar esfuerzos y por el miedo a lesionarse aumenta con la edad avanzada (Denk, 1997), también como consecuencia será cada vez mas acusada la incapacidad para moverse. Esto es importante por cuanto la pasividad física facilita la tendencia al aislamiento social (Lehr, 1980; Iglesias de Ussell, 2001).

Parecen existir diferencias en los tipos de actividad que mantienen hombres y mujeres mayores. Así, en nuestro ámbito cultural, las mujeres mayores siguen encargándose prioritariamente de las tareas de la casa como principal actividad (IMSERSO, 1995). No obstante, este tipo de tareas pueden servir también como

indicadores de un buen nivel de actividad física. Así, en un documento de la OMS (1996) sobre promoción de la salud en la vejez, las actividades de la vida doméstica tales como comprar, cocinar o limpiar la casa, son consideradas como uno de los medios para mantenerse activo físicamente. Por otra parte, en una encuesta reciente realizada por el IMSERSO (2002) se informa que hasta el 70% de la población mayor realiza una actividad física suave, pero que ésta es de carácter rutinario, tal como hacer las compras o ir a pasear. No obstante, se señala que aparece una tendencia, en los últimos años, hacia una mayor implicación de las personas mayores en actividades físicas de carácter regular, siendo los varones más inclinados a comprometerse en este tipo de actividades que las mujeres (21% y 10%, respectivamente). Asimismo, se comprueba que el mayor compromiso con realizar actividad física regular se corresponde con las personas de alto nivel educativo.

CAPÍTULO IV

EL *AGEISM* COMO PROCESO QUE EXPLORA LA DISCRIMINACIÓN SOCIAL HACIA LAS PERSONAS MAYORES

4.1. Definición del fenómeno llamado *ageism*

El *ageism*, que se ha traducido al castellano como *vejismo* (Salvarezza, 1998), *gerontofobia* (Defensor del pueblo, 2000) y *edadismo* (Montorio, Izal, Sánchez y Losada, 2002) ha sido estudiado en un amplio rango de fenómenos tanto en un nivel individual como institucional. Butler (1969, p. 22) fue el primero que empleó la expresión *ageism*, definiendo este término como un “proceso de estereotipia y discriminación sistemática contra las personas por el hecho de ser viejas, de la misma forma que el racismo y el sexismo se originan por el color de la piel y el género”. Por otra parte, Hausdorff et al. (1999, p. 1346) se refieren al *ageism* como “generalizaciones preconcebidas sobre las personas mayores basadas solamente en la edad”.

Aunque el término *ageism* puede incluir, por su significado, los estereotipos y la discriminación hacia cualquier grupo o individuo en función de su edad, su empleo por los gerontólogos se aplica específicamente a los adultos mayores como grupo y hacia los procesos del envejecimiento humano. Palmore (1990, p. 36) sostiene, en relación con este fenómeno, que “las actitudes y las creencias, las conductas discriminatorias y las prácticas institucionales, se relacionan y refuerzan mutuamente, contribuyendo a la transformación de la vejez, de un proceso natural, a un problema social en el cual las personas viejas soportan unas condiciones que les perjudican”.

Asimismo, Butler (1987, p. 22) afirma que “el *ageism* influencia la conducta de sus víctimas. Los viejos tienden a adoptar definiciones negativas sobre la vejez y a perpetuar así una variedad de estereotipos que se dirigen contra ellos mismos, reforzando las creencias sociales”. Si esto es así, implica que las creencias y estereotipos negativos podrían funcionar como un círculo vicioso. Es decir, las atribuciones de las personas viejas como improductivas, dependientes, menos inteligentes y *naturalmente* faltos de salud, contribuirían activamente a racionalizar las prácticas discriminatorias hacia ellos en diferentes campos de la vida (Leer y Thomae, 2003; Levin y Levin, 1980; Palmore, 1990; Perdue y Gurtman, 1990) lo que, a su vez, puede influir negativamente en la autoestima y en la salud mental y

física de las personas mayores (Levy, 2002; Montorio et al., 2002; Stuart-Hamilton, 2002; Ward, 1977). De hecho, en la revisión de la literatura que se ha realizado, todos los autores que se refieren a este tema, parecen de acuerdo en que los estereotipos y las imágenes sociales negativas sobre el proceso de envejecimiento y sobre las personas mayores pueden acarrear consecuencias dañinas para ellas. Asimismo, determinados términos, como el de *clases pasivas* o el calificativo *tercera edad*, contienen unas connotaciones peyorativas implícitas (De Miguel, 1992).

Palmore (1990) hace una distinción entre estereotipos y actitudes negativas hacia la vejez, matizando que, mientras que los estereotipos son fundamentalmente cognitivos, las actitudes están más cargadas de afecto. Para este autor, está claro que unos y otras tienden a ir juntos, es decir, los estereotipos negativos generalmente dan lugar a actitudes negativas y éstas tienen su base en los estereotipos negativos. Palmore (1990, p. 19) enumera nueve estereotipos que reflejan los principales prejuicios sociales que existen hacia las personas ancianas: “enfermedad, impotencia, fealdad, deterioro cognitivo, enfermedad mental, inutilidad, soledad, pobreza y depresión”, que coinciden básicamente con los descritos más recientemente por Thornton (2002).

Los estudios sobre el *ageism* van desde las prácticas discriminatorias que se encuentran en las instituciones para ancianos, (Caporael, Lukaszewski y Culbertson, 1983; Hockey y James, 1993; Ryan, Hamilton y Kwong-See, 1994; Salari y Rich, 2001) pasando por las actitudes y expectativas negativas por parte de los profesionales que atienden a ancianos, como médicos y psicólogos (Bernabei et al., 1998; Greene, Hoffman, Charom, y Adelman, 1987; Perlick y Atkins, 1984; Rost y Frankel, 1993) a la discriminación de los trabajadores mayores en el empleo.

Levy y Banaji (2000) han realizado una revisión de las manifestaciones del *ageism* implícito (*implicit ageism*). Los autores se refieren con esta expresión a las actitudes negativas hacia la vejez que tienen lugar sin que los sujetos sean conscientes de ellas. A partir de los resultados de estos estudios, Levy y Banaji (2000, p. 59) sugieren que el *ageism* tiene características universales, es decir, que se encuentra presente en mayor o menor grado en todas las personas, y que se

producen “automáticamente en los pensamientos y en los sentimientos, juicios y decisiones de la vida cotidiana”.

Por otra parte, se considera que el *ageism* no es exclusivo del mundo adulto. Así, autores como Isaac y Bearison (1986), que han estudiado el desarrollo de los estereotipos y actitudes de los niños hacia las personas mayores, han demostrado su presencia en los niños desde muy corta edad. Estos autores estudiaron las actitudes de niños de cuatro, seis y ocho años hacia las personas mayores. Este trabajo consistió en hacer que niños de estas edades y adultos de 35 a 75 años, trabajaran por parejas haciendo un puzzle. Las actitudes de los niños hacia los adultos se midieron a través de varios parámetros. Estos iban desde grado de proximidad física que mantenían hacia el adulto, la iniciación del contacto visual, y la duración de dicho contacto, las veces que iniciaban conversaciones y el número de las interacciones verbales. También se tuvo en cuenta el nivel de productividad en la tarea. Los resultados presentaron diferencias significativas en las conductas de interacción de ambos grupos en la mayoría de las conductas que se midieron. También se encontró que el número de respuestas de prejuicio aumentaba entre los cuatro y seis años, y se mantenía estable entre seis y ocho años. Finalmente, apareció en este estudio que los niños tenían más actitudes de prejuicio hacia las mujeres que hacia los hombres mayores. Esto se manifestó sobre todo en relación con los rasgos de personalidad que eran atribuidos a unas y otros.

También Jantz, Seefeldt, Galper y Serock (1976), quienes estudiaron a niños desde preescolar hasta diez años, encontraron que expresaban expectativas estereotipadas sobre las conductas de las personas mayores. Asimismo, encontraron que los niños preferían interactuar más con jóvenes que con adultos mayores, y que esta preferencia era más fuerte en los niños más pequeños (de tres a siete años), los cuales mostraron también más sentimientos negativos hacia hacerse viejo.

Finalmente, en la comparación que se ha hecho de niños de diferentes culturas sobre la percepción de la vejez y sobre las conductas que mantienen hacia los adultos mayores, los resultados de algunas investigaciones sugieren que los estereotipos y actitudes negativas hacia la vejez son un hecho universal. Así, se han

encontrado actitudes negativas similares en niños de culturas diferentes y de países también muy distantes entre sí (Zandi, Mirle y Jarvis (1990).

4.2. Diferencias entre el *ageism* y otras formas de prejuicio

En opinión de Levy y Banaji (2002, p. 50), los estereotipos y los prejuicios contra los adultos mayores se diferencian de los prejuicios y estereotipos racistas o sexistas en que, al contrario de lo que ocurre en estos, “no existe odio ni vergüenza en las personas que los sostienen como se pone de manifiesto en el hecho de que la sociedad no sanciona de igual forma a los que expresan estereotipos racistas o sexistas que a quienes sustentan los estereotipos negativos de la vejez”. Así, se constata que en las últimas décadas se ha producido un cambio importante en el reconocimiento, al menos en los media, sobre la desventaja social que padecen determinados grupos minoritarios por motivos raciales, étnicos o religiosos, lo cual contrasta con la aceptación social de sentimientos y actitudes peyorativas hacia las personas mayores.

En lo que se refiere al *ageism* como manifestación de la discriminación de las personas mayores en la sociedad actual, Cohen (2001), Kite y Wagner (2002), Levy (2003) o Palmore (1982) sostienen que la diferencia esencial de este fenómeno en relación con el sexismo y el racismo, es que todas las personas sin distinción de sexo y raza, están destinadas a llegar a la vejez, a no ser que mueran prematuramente. Es decir, que, al ser la vejez una parte natural del ciclo de la vida, todas las personas están potencialmente destinadas a sufrir en sí mismas los estereotipos y prejuicios contra la vejez.

4.3. Explicaciones al fenómeno del *ageism*

Autores como Kastenbaum (1987) o Palmore (1990) sugieren que uno de los factores que contribuyen con más fuerza a la existencia del *ageism* es el miedo a la muerte, la cual no es vista como algo natural y inevitable en las edades jóvenes. Además, en nuestra sociedad la muerte aparece de forma clara como un sinónimo de la vejez. Kastenbaum (1987) considera que las manifestaciones del *ageism* y los

estereotipos negativos son una muestra de la ambivalencia con la que se percibe a las personas ancianas, las cuales recuerdan a los mas jóvenes su propia mortalidad. Un aspecto similar es considerado por Perdue y Gurtman (1990) quienes apuntan a que las actitudes y estereotipos negativos hacia la vejez pueden surgir a partir del miedo de las personas a los procesos del envejecimiento, al estar asociados generalmente a la pérdida de control, de la sexualidad y al declive físico e intelectual.

Puesto que el *ageism* aparece en los niños a muy corta edad, se ha sugerido que las actitudes negativas de estos hacia las personas mayores pueden derivar en parte de su ansiedad hacia la enfermedad y la muerte (Jantz et al.,1976). Un ejemplo de esto aparece en el estudio realizado en nuestro país por Santamarina et al. (2002), en el que se ha encontrado que los niños de ocho años ya tenían presente la cercanía de la muerte en las explicaciones que daban acerca de la salud de las personas mayores.

Palmore (1990) por su parte, ha postulado entre los factores que contribuyen al *ageism*, el valor que en nuestra sociedad tienen todas las representaciones de la juventud. Por ejemplo, en los medios de comunicación de masas hay un énfasis en la juventud y en la belleza corporal, lo que puede conducir, en opinión de este investigador, a que los adultos mayores sean en principio ignorados cuando no abiertamente rechazados. Este énfasis en la apariencia de juventud podría afectar no solo a la forma en que las personas mayores son percibidas sino también a la forma en que estas mismas personas se perciben a sí mismas. Así, es posible que, como sugiere Palmore (1990), las personas que tienen una alta dependencia del aspecto externo para mantener su propia identidad, puedan experimentar fácilmente una pérdida de autoestima con el incremento de la edad.

Otro elemento que contribuye al *ageism* es el énfasis en la productividad laboral (Palmore, 1990). Tanto en los primeros años de la vida como al final del ciclo vital las personas están fuera del mercado de trabajo, pero mientras que los niños son percibidos como portadores potenciales de un beneficio económico futuro, a las personas mayores, en cambio, se les considera una carga financiera para la sociedad.

Otro importante factor que contribuye al *ageism* está representado, como se verá más adelante, por las actitudes de los profesionales hacia las personas ancianas que tienen a su cuidado, y también por la forma en que los procesos de la vejez han sido investigados y continúan siendo estudiados en las universidades (Lehr, 1980). En opinión de Quinn (1983, p. 47) “pocos profesionales comprenden lo que significa el crecimiento humano en la vejez, en el sentido social y psicológico, puesto que generalmente su contacto es con personas que tienen una vejez patológica más que con los que presentan una vejez normal”. Esta realidad ha dado lugar a que, en muchas ocasiones, se hayan inferido conclusiones para toda la población de mayores a partir de muestras de personas institucionalizadas y de las más gravemente dañadas (Lehr, 1980). Aunque podría pensarse que los resultados de estos estudios, realizados hace varias décadas, han sido superados en la actualidad, sin embargo, autores como Lehr y Thomae (2003, p. 89) consideran que muchos de estos fenómenos continúan vigentes actualmente. Estos autores señalan que “el hecho de que la imagen de la vejez de muchos médicos, geriatras y gerontopsiquiatras esté influida intensamente por sus experiencias cotidianas con personas mayores dementes, es un hecho que se niega, ciertamente, a menudo, pero que se comprueba constantemente”.

Finalmente es necesario tener en cuenta, como una de las explicaciones al fenómeno del *ageism*, las cualidades específicas de la personalidad del que juzga. Por ejemplo, se ha encontrado que las personas que tienen una actitud autoritaria, así como las de menor formación educativa y las de un bajo estatus económico, podrían presentar mayor tendencia a sostener prejuicios (Levin y Levin, 1980, Palmore, 1988).

4.4. Funciones sociales del *ageism*

Butler (1987, p. 22) opina que en el fenómeno del *ageism*, hay que considerar un doble beneficio social, lo que facilitaría su permanencia. El primero de ellos iría encaminado “a facilitar al conjunto de miembros de una sociedad el eludir sus responsabilidades hacia las personas mayores, al atribuirle tales imágenes al proceso natural de la vejez, que sería así considerado como un periodo de declive

generalizado en todas las áreas del desarrollo humano”. Por otra parte, el segundo beneficio social se dirigiría a proteger a los individuos más jóvenes, (generalmente los de mediana edad), a menudo con un alto coste emocional, de pensar sobre aspectos de la vida que les producen miedo, tales como los ya citados de la enfermedad y la muerte. De esta forma, percibiendo a las personas mayores en términos básicamente negativos, las que aún no son consideradas miembros de este grupo, se beneficiarían de esta no pertenencia. Es decir, simplemente *no ser viejo* llega a tener por sí mismo connotaciones positivas, al representar una imagen de salud y de actividad productiva y otros estados socialmente valorados y deseables.

4.5. Algunas manifestaciones del *ageism*

Como se ha dicho, el *ageism* adopta formas paternalistas y aparentemente compasivas hacia las personas mayores. Este fenómeno afecta a, por ejemplo, a la forma que se han abordado los procesos de envejecimiento en algunas concepciones teóricas. Asimismo a una variedad de aspectos de la vida cotidiana de las personas mayores en nuestra sociedad, desde los laborales y de salud, pasando por la imagen que ellas se ofrece en los media, y finalmente, por las diferentes formas de infantilización que aparecen en los profesionales que se ocupan de la atención a los ancianos en las residencias. A continuación vamos a desarrollar algunos de estos aspectos a través de diferentes estudios con los que han sido investigados.

4.5.1. El *ageism* en las Investigaciones sobre la vejez y en los textos de estudio

Autores como Schaie (1988) o Whitbourne y Hulicka (1990) sugieren que probablemente hay un *ageism* implícito en el hecho de que exista tan escasa representación de estudios sobre la vejez, en comparación con otras etapas del desarrollo. Por ejemplo, en los textos de psicología evolutiva hay mucho menos espacio dedicado a la vejez que a la niñez o a la adolescencia (Schaie, 1988). Por el contrario, cuando aparece la vejez en los textos que manejan los estudiantes universitarios, se ha encontrado que el *ageism* suele tener en ellos una representación destacada, como demostraron Whitbourne y Hulicka (1990). Estos autores realizaron un estudio en el que trataron de documentar hasta qué punto el fenómeno del *ageism* aparecía en los textos

que eran empleados en las universidades como textos de estudio para los futuros psicólogos. Whitbourne y Hulicka (1990, p. 1127) entendieron en este estudio por *ageism* los siguientes aspectos: “una escasa representación de la última parte del ciclo de vida en el contexto del desarrollo humano; la representación de la vejez cuando aparece, como un proceso universal de declive, escasa conciencia del limitado número de investigaciones fiables sobre el tema y la representación de las personas viejas como física y mentalmente discapacitados”. Se examinaron 139 textos de psicología del desarrollo publicados entre 1949 y 1989, y encontraron una ratio de cinco a uno en favor de las páginas dedicadas a la infancia y adolescencia, en relación con la vejez. También comprobaron que era frecuente el tono condescendiente para referirse a las personas de edad avanzada, y las alusiones al deterioro de la personalidad, rigidez mental, senilidad, y en general a las pérdidas en las funciones psicológicas y sociales, como consecuencia de la vejez. Estos autores concluyeron en este trabajo que, aunque en los textos de los años más cercanos al que se hizo el estudio la tendencia no era tan marcada, seguían existiendo mensajes ambiguos. Esto parece ser debido a los mecanismos de condensación y simplificación que se producen en este campo de estudio, lo cual, en opinión de Whitbourne y Hulicka (1990), es muy acusado en relación con otras áreas de la psicología.

Por otra parte, Fernández-Ballesteros (2002) también resalta que, aunque a partir de la pasada década se empiezan a describir con minuciosidad las diferencias individuales de los mayores de 65 años en cuanto al funcionamiento físico, inteligencia, personalidad y condiciones de vida, existe un desproporcionado énfasis en la enfermedad de Alzheimer, como si la mayoría de los mayores de 65 años tuvieran un funcionamiento psicológico anormal.

Finalmente, en opinión de Whitbourne y Sneed (2002), el *ageism* aparece también reflejado en algunos modelos teóricos de la vejez. Así, se refieren explícitamente a la teoría de la Desvinculación social (Cumming y Henry, 1961), en la cual se propugna que los adultos mayores reduzcan voluntariamente sus roles sociales antes de que sean excluidos de su participación en la sociedad.

4.5.2. El *ageism* en los profesionales: psicólogos y médicos

La mayoría de los adultos mayores experimentan, antes o después, un considerable estrés debido a una serie de pérdidas (económicas, enfermedades crónicas, muerte de personas queridas, soledad, etc.). Esta situación puede, de prolongarse, generar trastornos psicológicos tales como depresión o ansiedad. Quinn (1987) afirma que si los profesionales de salud mental creen que estos problemas representan manifestaciones naturales de la vejez, o bien que a edades avanzadas resulta imposible la mejoría de estos trastornos, es fácil que no consideren soluciones o alternativas adecuadas para el tratamiento de estos problemas.

Butler y Lewis (1973) encontraron relaciones entre la avanzada edad y el pesimismo sobre el tratamiento psicoterapéutico, y señalan la importancia de las actitudes que los terapeutas habían adquirido desde las creencias sociales, al adherirse a la noción del estatus inferior que acompaña a la vejez. También sugieren que el rechazo por parte de los terapeutas a tratar a personas ancianas, proviene de su propia aversión a los procesos de la vejez, los cuales les servirían como un recordatorio de su propio futuro.

Algunos estudios sobre las actitudes de los profesionales de los servicios de salud mental hacia los mayores, muestran que los terapeutas son reacios a realizar psicoterapia a las personas de edad avanzada. Tales sesgos en el diagnóstico y tratamiento de las personas mayores no se sostienen con los datos, ya que no hay evidencia empírica de que la psicoterapia sea menos efectiva en las personas mayores que en otros grupos, por ejemplo, en el caso de depresión. Sin embargo, Perlick y Atkins, (1984) afirman que es más difícil que sea empleada.

Asimismo, hay estudios que comparan las respuestas que daban psicólogos a clientes jóvenes y ancianos. Por ejemplo Perlick y Atkins (1984) presentaron a diferentes psicólogos, a través de una grabación en vídeo, una entrevista de un sujeto con una depresión endógena, en que la edad del paciente variaba desde 55 a 75 años. Los resultados mostraron que cuando se trataba de un paciente anciano, había más diagnósticos de organicidad o demencia, mientras que el diagnóstico de depresión se atribuía con preferencia a los pacientes de mediana edad. En un estudio similar, Setting (1982) envió por correo a una muestra de miembros de la *American Psychological*

Association (APA) una historia *standard* de un caso. Se comprobó que, cuando se trataba de una persona anciana, el mismo caso daba lugar a más percepciones negativas y más diagnósticos de psicosis.

Rodin y Langer (1980) por su parte, encontraron que los profesionales de salud mental recomendaban más frecuentemente fármacos que psicoterapia, cuando se trataba de casos de pacientes ancianos con depresión, que si eran personas más jóvenes. Asimismo, Gatz y Pearson (1988) demostraron que, comparados con los jóvenes, los pacientes mayores eran menos mencionados por los profesionales que atendían las consultas de salud mental y que se derivan menos a estos servicios. Finalmente, Khachaturian (1985) sugiere que alrededor del 20% de los mayores de 65 años diagnosticados con demencia progresiva, tenían una condición reversible.

Según Wetly (1987) es en el terreno hospitalario donde se producen los casos más notorios de discriminación, y donde la edad aparece como un factor de riesgo para recibir un tratamiento inadecuado. Las formas de discriminación por edad se encuentran en la existencia de un escaso interés por los enfermos mayores, especialmente si son muy ancianos y dependientes. En estos casos, investigadores como Brennan et al. (1991), Butler (1994) o Turner, Haward, Mulley y Selby (1999) sostienen que existe el peligro de que estas personas tengan una asistencia de inferior calidad, con menor esfuerzo diagnóstico y de aplicación de tecnología y un exceso de medicación, en comparación con pacientes más jóvenes.

Por otra parte, Bernabei et al. (1998) sugieren que los pacientes ancianos con cáncer que sufren de dolor crónico tienen mayor riesgo que los jóvenes de recibir cuidados paliativos inadecuados. Estos investigadores encontraron que la cuarta parte de los pacientes con dolor diario de más de 65 años que estaban institucionalizados, no recibían ningún analgésico, y que este porcentaje aumentaba en los pacientes mayores de 85 años.

En otros estudios se ha comprobado (Radecki, Kane, Solomon, Mendelhall y Beck, 1988) que los médicos tendían a emplear menos tiempo con sus pacientes ancianos. Si se asume que el dedicar menos tiempo a los enfermos reduce la oportunidad para una buena comunicación entre paciente y médico, pudiera ser que los pacientes ancianos no

reciban la misma atención médica que los pacientes más jóvenes, a pesar de que está demostrado que tienen mayores necesidades de salud que estos. Este aspecto lo recoge en nuestro país el informe del Defensor del Pueblo (2000, p. 119). En dicho informe se explicitan las siguientes actitudes discriminatorias que podrían estar ocurriendo en la atención que se presta a los ancianos: actitud paternalista por parte de los profesionales, e incluso protésica; escaso interés por los enfermos de edad muy avanzada y dependientes; determinadas modalidades de tratamientos especializados son denegados con mayor o menor frecuencia, tales como trasplantes, acceso a los servicios de rehabilitación, procedimientos diagnósticos sofisticados o novedosos y culpar a los ancianos de consumir un elevado nivel de recursos. En este mismo informe (Defensor del Pueblo, 2000, p. 116) se señala la existencia de formas de *ageism* en el campo de la salud que están socialmente aceptadas. Así, se hace referencia a los trasplantes de órganos, a algunos tipos de intervenciones quirúrgicas, al acceso a los servicios de rehabilitación o al uso de ciertos procedimientos diagnósticos técnicamente sofisticados, de forma que “es habitual que pacientes con patologías subsidiarias de tratamiento de rehabilitación como son el accidente cerebrovascular o las fracturas de cadera, ni siquiera se incluyan en las listas de pacientes candidatos a tratamiento por parte de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas, privándoseles del tratamiento de estos profesionales sin razones aparentes, salvo la propia edad”.

De particular interés son los estudios que han encontrado que los médicos recogían una información más detallada, se mostraban más respetuosos e interaccionaban más con los pacientes jóvenes que con los ancianos, y que en las entrevistas prestaban menos atención a las cuestiones psicosociales cuando se trataba de ancianos (Greene et al., 1987; Rost y Frankel, 1993). Estos resultados son de particular interés por cuando los factores psicosociales son un elemento fundamental a tener en cuenta en el diagnóstico y tratamiento, y no pueden obviarse éstos componentes en los pacientes ancianos (Greene y Adelman, 1996).

4.5.3. El *ageism* en las residencias para personas mayores

Algunas investigaciones se han dirigido a identificar los efectos de infantilización que se da a las personas de edad avanzada, como si volvieran a la infancia. Este fenómeno ocurre preferentemente en las residencias y en los centros de día para

mayores, e incluye el que se ofrezca a los residentes actividades parecidas a las de los niños. También el dirigirse a ellos empleando nombres infantilizados, así como gestos y palabras que recuerdan la interacción con los niños pequeños (Whitbourne, Culgin y Cassidy, 1995). Estas manifestaciones de infantilización han sido atribuidas a la falta de independencia percibida, lo que justificaría un tratamiento paternalista. Autores como Hockey y James (1993) o Salari y Rich, (2001) sugieren que los efectos de infantilización se manifiestan en las personas ancianas con una disminución de la autoeficacia, con la pérdida de identidad y con un sentimiento de humillación que puede dar lugar a respuestas agresivas. También hacen referencia a la tendencia a un menor sentido de responsabilidad en los mayores y a que adopten conductas semejantes a las de los niños, a modo de profecía de autocumplimiento.

Asimismo, se ha comprobado la existencia de un lenguaje específico de corte paternalista que se manifiesta fundamentalmente en los profesionales de los ambientes institucionales, como una forma habitual de dirigirse a los residentes. Esta forma de lenguaje, que ha sido llamada también *baby-talk secundario* (Caporael et al., 1983) se caracteriza por la presencia de estrategias de simplificación (velocidad lenta, vocabulario sencillo), clarificación de estrategias (cuidadosa articulación y frases simples) una entonación emocional (paciente o demasiado familiar) y una baja cualificación del habla (conversaciones superficiales). Tal uso del lenguaje sugiere en las personas a la que está dirigido, senilidad o dependencia, y subraya el estatus infantilizado de ese adulto. Existen diversas investigaciones sobre esta forma de habla infantil dirigida a los adultos mayores (Caporael, et al. 1983; O'Connor y Rigby, 1996; Ryan et al., 1994). Así, Caporael *et al.*, (1983) encontraron que las personas mayores que estaban funcionando a menores niveles cognitivos y de independencia, eran los que respondían positivamente a los mensajes de habla infantil. Los autores sugieren que el empleo de esta forma de lenguaje por parte de los cuidadores, se relaciona con unas bajas expectativas sobre la autonomía de los residentes. Por su parte, O'Connor y Rigby (1996) han encontrado relación significativa entre la aceptación del lenguaje infantil por parte de los adultos mayores y una baja autoestima.

Ryan et al. (1994) preguntaron a ancianos que vivían en una residencia su opinión sobre este tipo del lenguaje, y encontraron que lo consideraban como una falta de respeto

hacia ellos, además de asociarlo con una menor competencia por parte de los profesionales que lo empleaban.

Hay también investigaciones que han encontrado que los médicos y el personal auxiliar de las residencias esperan, en muchos casos, que las personas ancianas se muestren pasivas, que exterioricen una escasa motricidad y que tengan pocas iniciativas de interacción social. En esta línea se cita, para finalizar, un estudio realizado por Baltes y Reizenzein (1986) en el que se comparó la situación de niños institucionalizados con la de ancianos que vivían en residencias. Los resultados mostraron que los niños eran reforzados por conductas de independencia, mientras que los residentes ancianos, eran reforzados cuando mostraban una conducta dependiente. Desde estos resultados, los autores sugieren que tales patrones de conducta no son una consecuencia de la institucionalización en si misma, sino que constituyen un tratamiento diferenciado por la edad que se encuentra con mucha frecuencia en las residencias para mayores.

Con expectativas tales como las que se han considerado en los estudios precedentes es fácil que, como sugiere Lehr (1980) los mismos profesionales interioricen dicho comportamiento dependiente en los ancianos residentes, de forma que sin proponérselo, pueden estar fomentando los procesos de deterioro.

4.5.4. El *ageism* en las políticas de empleo

Para la mayoría de los autores que han investigado sobre esta cuestión (Jefferys, 1996; Palmore, 1990; Pasupathi y Löchenhoff, 2002) el ejemplo más claro de discriminación contra los adultos mayores es la política de retiro obligatoria a edades tempranas, hasta el punto que cada vez es más frecuente encontrar personas jubiladas antes de los 60 años. Curiosamente, mientras al tiempo que aumenta la longevidad y se culpabiliza a las excesivas cargas de las pensiones del peligro de que no existan fondos necesarios para hacer frente a un futuro próximo, se da la paradoja de que las políticas de empleo favorecen la salida del mercado laboral de personas a edades cada vez más tempranas, las cuales pasan a engrosar el número de pensionistas.

Los estereotipos y actitudes negativas hacia la vejez aparecen como uno de los factores esenciales que ayudan a que se genere un discurso y un tipo de conductas por las que se discrimina sistemáticamente a los trabajadores mayores cada vez con más frecuencia en sus puestos de trabajo. El argumento fundamental es el de que son menos hábiles y cognitivamente menos capaces que los trabajadores más jóvenes (Palmore, 1990). Sin embargo, existen evidencias de que los trabajadores de más edad obtienen altos niveles de fiabilidad, lealtad y estabilidad y responsabilidad. Otro aspecto a su favor en relación con los trabajadores jóvenes es que sufren menos accidentes de trabajo que éstos (Anderson, 1978; Eisenberg, 1980; Forteza y Prieto, 1994; Root, 1981; Shea, 1991)

De manera reiterativa, se hace referencia en las políticas de empleo que favorecen la jubilación anticipada de los trabajadores mayores, al hecho de que son incapaces de adaptarse a los cambios que implican las nuevas tecnologías. Esta supuesta falta de habilidad refleja las falsas creencias y los estereotipos que sostienen que la gente mayor es rígida, y que se resiste a emplear nuevos métodos. Otras creencias son las que se refieren a que los trabajadores mayores son críticos y que se adaptan con dificultad a los cambios.

En este sentido, aunque algunos estudios apoyan las percepciones sociales de que los trabajadores mayores son más lentos y tienen una menor capacidad en tareas que requieren habilidades complejas (Park, 1994), hay también un cuerpo de estudios que muestra que son capaces de aprender nuevas habilidades. Por ejemplo, Mowery y Kamlet (1993) encontraron que los trabajadores mayores eran capaces de afrontar los cambios tecnológicos y aprender nuevas habilidades al mismo nivel que los trabajadores más jóvenes. Asimismo, Forteza y Prieto (1994) no encontraron diferencias significativas entre el rendimiento en el trabajo y la edad de los trabajadores, mientras que autores como Doering, Rhodes y Schuster (1983) sugieren que la motivación y el esfuerzo pueden ser factores más importantes que la edad en cuanto al rendimiento en el trabajo. En todo caso, como sostiene Walker (2002, p. 337) “apenas existen diferencias entre los grupos de edad” por las que se pueda justificar las políticas de empleo que favorecen que los trabajadores de más edad abandonen su puesto laboral para que sea ocupado por personas jóvenes, en función de una hipotética reducción de la calidad en el trabajo que realizan.

Así, no es casual que en una encuesta hecha a gran escala entre los ciudadanos de los países de la Comunidad Económica Europea, haya resultado que la mayor causa de discriminación percibida, es la que se produce en el mercado laboral por razón de la edad. Tal discriminación se refiere en concreto a las altas tasas de desempleo que existen en las personas de entre 45 y 65 años, junto con la población menor de 25 años (Cañas, 17 de junio, 2003).

Como afirma Walker (2002, p. 335) en referencia al alcance de la discriminación por edad que está ocurriendo en el entorno de la U.E: “la edad es una construcción social y la política social desempeña un papel crucial en este proceso, por ejemplo, al establecer la edad en la que las personas entran en el sistema de pensiones, y por tanto, pasan a ser viejos a efectos sociales y económicos”.

En este capítulo se ha hecho un recorrido por estudios en los que se investigan algunas de las manifestaciones del *ageism*, en diferentes ámbitos psicosociales. Como se ha visto en la revisión de la literatura, tales estudios se han realizado, con muy pocas excepciones, en entornos sociales diferentes al nuestro. La realidad es que en España están aún por investigar casi en su totalidad los aspectos referentes a los prejuicios y a la discriminación por edad, así como sus posibles consecuencias en los ancianos. Precisamente este último elemento es el que se va a desarrollar en el capítulo 5. En él se va a revisar la literatura en la que se encuentran documentados algunos efectos que los estereotipos negativos de la vejez producen en las personas mayores, en áreas muy diversas de su funcionamiento.

CAPÍTULO V

EL IMPACTO DE LOS ESTEREOTIPOS Y ACTITUDES CONTRA LA VEJEZ EN LAS PERSONAS MAYORES

5.1. Percepciones y actitudes hacia la propia vejez

Como se ha puesto de manifiesto en los capítulos precedentes, los estereotipos hacia la vejez tienen un componente esencialmente negativo, y esto ocurre en todas las sociedades humanas (Zandi et al., 1990). Debido a ello, parece importante considerar el significado personal que otorgan las personas mayores a los cambios que van experimentando a medida que avanzan en edad. Por ejemplo, el grado en que los sujetos perciben tales cambios como controlables o por el contrario, los consideran como normativos e inevitables, les pueden llevar a adoptar actitudes muy distintas ante los mismos. Así, Heckhausen (1997) opina que cuando los cambios que se experimentan, se perciben como imposibles de ser evitados, esto podría hacer que las personas mayores se adaptaran a esas pérdidas por medio de modificaciones internas, tales como la reevaluación de creencias, o bien la modificación de metas. Por el contrario, si los cambios se perciben como que son controlables, entonces es más fácil que las personas se planteen desarrollar determinadas actividades, dirigidas a incidir de alguna forma sobre ellos. Por ejemplo, pueden procurarse tareas y acciones destinadas a modificar el medio, o bien a incrementar la autoeficacia en algunas áreas psicológicas, por ejemplo, en las habilidades cognitivas, para compensar determinadas pérdidas. Además los cambios que se van experimentando pueden incidir en aspectos de las propias autopercepciones como las relacionadas, por ejemplo, con la autoestima o con una visión más o menos esperanzada hacia la vida.

A pesar de una amplia variedad de indicadores sociales negativos relacionados con la vejez que se han visto en el capítulo 1, la mayoría de los estudios existentes han comprobado que, por lo general, la gente evalúa su vida y a sí mismos de una forma favorable, y que esta evaluación positiva no decae en la vejez (Baltes, 1993; Diener y Suh, 1998). Por ejemplo, investigadores como Baltes (1989), Diener y Suh (1998) o Mroczek y Kolarz (1998) entre otros, han encontrado que la mayor parte de los ancianos mantiene un alto grado de satisfacción sobre su realidad vital. Este fenómeno ha sido llamado por Mroczek y Kolarz (1998) *la paradoja del bienestar*. Estos autores llevaron a cabo un estudio longitudinal con 32.000 personas, a las que estudiaron durante un periodo de 22 años, y encontraron que la mayor parte de los sujetos ancianos de la muestra se clasificaban a sí mismos de *muy felices* o *bastante felices*. Este

sentimiento de satisfacción vital ha sido también encontrado en encuestas realizadas con amplias muestras de la población española (IMSERSO, 1995, 2000, 2002)

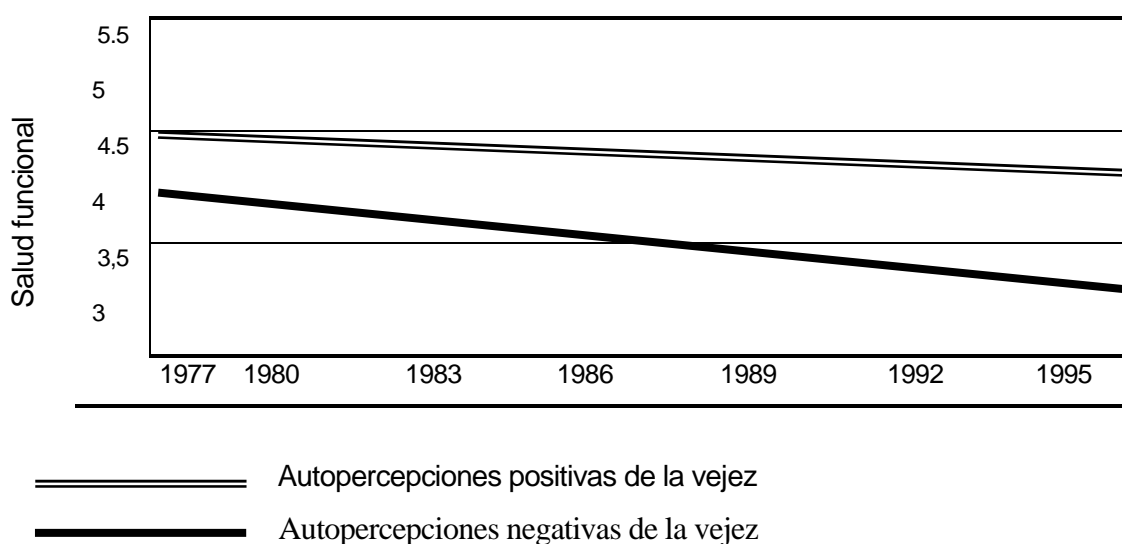
Uno de los aspectos estudiados en las personas mayores, es la actitud que mantienen hacia su propio proceso de envejecimiento. Con esta expresión, Levy, Slade, Kumkel y Kasl (2002) hacen referencia a las expectativas que las personas mantienen hacia sí mismas en esta etapa del ciclo vital. Estos autores han encontrado que la actitud hacia la propia vejez es uno de los elementos que parecen tener un mayor impacto en una variedad de facetas vitales de los adultos mayores. En este estudio, realizado con personas mayores de 50 años durante un periodo de más de dos décadas, Levy et al. (2002), se propusieron comprobar si los sujetos mayores con una percepción más positiva hacia su proceso de envejecimiento, tenían una mejor salud que los que mantenían una percepción negativa hacia ella. Los autores emplearon los 5 ítems de la subescala *actitud hacia la propia vejez*, del Cuestionario de Satisfacción Geriátrica de Filadelfia de Lawton (1972), como medida de autopercepción de la vejez, recogiendo los datos cada dos años. La hipótesis establecida resultó cierta, ya que los resultados obtenidos mostraron que el declive en la salud funcional de las personas que tenían una actitud positiva hacia la propia vejez era menor, significativamente, que las que mantenían una percepción negativa.

Asimismo, Levy et al. (2002) encontraron que las autopercepciones positivas en relación con la vejez, se asociaban con la mayor longevidad de los sujetos. Así, las personas que tenían una actitud más positiva hacia la vejez, fueron los que mostraron más supervivencia. Este hecho fue comprobado cuando se volvió a controlar a esta población 23 años después. Los autores llegaron a la conclusión de que las autopercepciones hacia la vejez tenían un mayor impacto en la supervivencia que todas las demás variables. Este resultado apareció tanto entre hombres como entre las mujeres, y con independencia de si tenían mejor o peor salud funcional, de la edad y del estatus económico o de si informaban de problemas de soledad.

Los resultados de esta investigación sugiere que los ancianos pueden ser particularmente vulnerables a las expectativas relacionadas con los procesos de pérdidas en la vejez. Por ejemplo, Levy, Slade y Kasl (2002) han encontrado que las personas que presentaban unas expectativas más positivas hacia las fracturas debidas a

caídas tenían una recuperación más rápida que aquellos otros que afrontaban este problema con una actitud más desesperanzada (Figura 5).

Figura 5. Autopercepciones de la vejez y salud funcional



Fuente: Levy et al (2002). Self-perceptions of aging (SPA) and function at five time points. (p. 413)

Del mismo modo, Connidis (1989), que estudió la experiencia del envejecimiento en personas mayores de 65 años, encontró que los sujetos no se centraban por lo general en los aspectos negativos del envejecimiento. Sin embargo observó que las personas que tenían una percepción más negativa de la vejez, tendían a informar de unas condiciones personales también más desfavorables, por ejemplo en relación con la salud, o bien eran las que tenían una edad más avanzada. Desde los resultados de este estudio, el autor sugiere la posibilidad de que exista una relación entre las imágenes que las personas mayores sostienen hacia la vejez y algunas características de la personalidad. Este aspecto es, precisamente, lo que se va a tratar de comprobar en el estudio empírico que se presenta en la segunda parte del presente trabajo, en el que se van a considerar la autoestima y el optimismo como dos de las dimensiones que pueden estar relacionadas con las percepciones de la vejez, representados por los estereotipos negativos hacia ella.

A continuación se va a hacer referencia a los resultados de estudios que, en las últimas décadas, han investigado algunas variables relacionadas con las actitudes hacia la vejez, y que aparecen con unas características similares en la mayor parte de la población de personas mayores estudiadas. En concreto se va a hacer referencia a la identificación con el propio grupo y a la percepción de las otras personas del mismo grupo de edad.

5.1.1. Identificación con el propio grupo

Hay un amplio cuerpo de investigaciones, sobre todo de raza y de género, que han encontrado que, generalmente, las personas muestran preferencia por el propio grupo y tienden a identificarse con él, aunque existan creencias negativas ampliamente aceptadas socialmente. En cambio, por lo que respecta a la vejez, los estudios muestran que tal preferencia hacia el endogrupo no encaja necesariamente en este patrón, ya que muchas personas mayores no se identifican con el endogrupo. No obstante, los resultados no son homogéneos, puesto que en los de algunos estudios, como el de Kite, Deaux y Miele (1991) se ha encontrado que las evaluaciones de las personas mayores hacia sus pares son más positivas que las que hacen las personas jóvenes y que, a medida que los participantes tienen más años, aumenta el porcentaje de identificación con el grupo de edad (Bazo, 1990). Sin embargo, los resultados de este tipo de estudios son cuestionados por algunos investigadores, por ejemplo Levy y Banaji (2002), los cuales sostienen que cuando se emplean instrumentos de medida explícitos, como es el caso de los autoinformes, las respuestas de los participantes pueden estar influenciadas por los efectos de deseabilidad social. Por tal motivo, algunos investigadores han empezado a estudiar las actitudes hacia la vejez que mantienen los adultos mayores empleando instrumentos de medida implícitos. Mediante éstos, Nosek, Banaji y Greenwald (2001), Levy (1996) o Levy et al. (2002) entre otros, han encontrado que, mientras que las actitudes positivas explícitas aumentan a medida que los sujetos tienen más años, en coincidencia con los resultados de Kite et al. (1991) o Bazo (1990), sin embargo a un nivel implícito, las actitudes negativas hacia la vejez y la falta de identificación con el endogrupo se mantienen prácticamente estables.

En este mismo sentido, Hummert, Graska, O'Brien, Greenwald y Mellot (2002) han estudiado a un doble nivel, implícito y explícito, la edad de identificación en personas de diferentes edades, desde niños hasta ancianos. Estos autores han encontrado que, a un nivel implícito, todos los participantes, independientemente de su edad, se identificaban con la edad de la juventud. En este estudio apareció que los participantes más viejos, tendían a identificarse con la categoría "joven" tan firmemente como lo hacían los participantes jóvenes. En cambio, a un nivel explícito se observaba que la identificación con las personas mayores iba aumentando a medida que lo hacía la edad de los participantes. Partiendo de estos resultados, Levy y Banaji (202) sugieren que las actitudes conscientes son más sensibles a la afiliación al grupo que las actitudes inconscientes, fenómeno que consideran que está mediado por las motivaciones sociales.

A pesar de que la mayor parte de estas investigaciones están realizadas en EEUU y, por lo tanto, representan a poblaciones de un grupo cultural específico y con características socioambientales, históricas y económicas que lo hacen muy diferente del de nuestro entorno, tales resultados resultan congruentes con los de un estudio realizado por Bazo (1990). En dicho estudio, en el que se empleó una muestra de 409 personas mayores de 65 años no institucionalizadas, esta autora encontró que el 60% de personas mayores entrevistadas no se sentían "viejas". No obstante, los datos obtenidos mostraban que, a medida que los participantes tenían más años, era más fácil que se identificaran con esa categoría (Tabla 1)

Tabla 1 . Actitudes sobre: "Se siente Ud viejo"

Grupos de edad	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
<i>De acuerdo</i>	11	26	35	47	56
En desacuerdo	75	64	53	47	39

Fuente: Bazo (1990, p. 167). La sociedad anciana

Por otra parte, hay investigaciones que han encontrado que muchas personas mayores, aunque se consideren a sí mismas miembros de la categoría *personas*

viejas, tienden a percibirse bajo una perspectiva más favorable que la que otorgan al resto de las personas de su edad, es decir, como siendo ellas mismas una excepción respecto a la mayoría (Bultena y Powers, 1979; Harris et al., 1976; Heckhausen y Krueger, 1993; Heckhausen y Brim, 1997; O'Gorman, 1980; Thomas, 1981). Este aspecto se va a desarrollar más adelante.

Estrechamente ligado a la identificación con el grupo “personas viejas”, está la cuestión referente a la edad subjetiva. La discrepancia que existe entre la edad cronológica y la edad con la que se perciben los sujetos es un dato que ha sido repetidamente comprobado, sobre todo en los estudios con personas mayores, aunque no exclusivamente. Por ejemplo, Heckhausen, Dixon y Baltes (1989) encontraron que tanto las personas ancianas como las de mediana edad, se percibían a sí mismas más jóvenes respecto a su edad cronológica. Estos resultados son coincidentes con los de Baum y Boxley (1983), los cuales encontraron que solamente el 8,4% de los sujetos de la muestra se sentía mayor de lo que era en realidad, mientras que el 62% del total afirmaba sentirse más joven, en relación con su edad cronológica. En este estudio, los datos mostraron asimismo, que la edad subjetiva se relacionaba, entre otras dimensiones, con la salud física y psíquica y con el grado de participación vital. También se demostró que la identificación con una mayor juventud se producía más en las personas que vivían integradas en la comunidad que en las que estaban en una residencia. Finalmente, los resultados de este estudio coinciden con los que encontraron Hagen, Fricke, Oswald, y Rupprecht (2000), los cuales han mostrado que una menor edad subjetiva se relacionaba significativamente con un buen estado de salud y un alto grado de vida independiente.

5.1.2. Percepción de “los otros” del endogrupo

A pesar de que las personas mayores mantienen generalmente, como se ha dicho, una percepción positiva de sí mismas en la vejez, sin embargo se ha comprobado asimismo, que existe un predominio de las actitudes negativas sobre las positivas hacia el propio grupo. Este fenómeno aparece con regularidad en diferentes estudios realizados con poblaciones de personas mayores. Por ejemplo, Kalish (1991) ha encontrado que los ancianos se evalúan de forma bastante más optimista de lo que lo hacen los adultos jóvenes, pero que cuando se les pregunta su opinión sobre las

personas de su grupo de edad, suelen emplear estereotipos negativos.

De forma similar, Hummert et al. (1997) sugieren que los participantes mayores devalúan a las personas de su propio grupo que perciben más viejas que ellos mismos, como una forma de proteger su propia identidad. Es decir, el asignar los estereotipos negativos a las fotos de las personas percibidas de más edad, permitía a los participantes que tenían entre 60 y 70 años, distanciarse de los aspectos negativos de la vejez, lo cuales son más pronunciados a medida que se avanza en edad.

Por su parte, Heckhausen y Krueger (1993) también han encontrado que los adultos mayores tienen, por lo general, una visión particularmente pesimista sobre los cambios en el desarrollo de las personas de su propia categoría de edad. En este sentido, Levy y Shlesinger (2001) hacen referencia incluso, a que las personas mayores son menos condescendientes y mucho más críticas y exigentes en sus valoraciones para los errores de otros ancianos, que para los que cometen personas más jóvenes.

Es posible que algunos aspectos acerca de la percepción y actitudes hacia la vejez a los que se ha hecho referencia, se encuentren relacionados con la estrategia de comparación con el grupo de iguales la cual, para algunos autores, representa una importante táctica de autoprotección en la vejez. A continuación se va a hacer referencia a algunos estudios que han investigado sobre este tema.

5.1.3 La estrategia de comparación con el grupo de iguales

En un numeroso grupo de estudios (Bultena y Powers, 1979; Harris et al., 1976; Heckhausen y Krueger, 1993; Heckhausen y Brim, 1997; O'Gorman, 1980; Thomas, 1981) se resalta que una función esencial de las comparaciones sociales consiste en facilitar a los sujetos una evaluación de sí mismos (*self-assessment*). Es decir, a falta de una medida física objetiva sobre lo que es normativo en determinadas dimensiones y habilidades, las personas tienden a comparar su propia situación con las de otras personas que perciben como similares a ellas mismas. Estas comparaciones son utilizadas como punto de referencia para evaluar el propio estatus presente, y también para generar expectativas personales sobre su desarrollo futuro.

Heckhausen y Krueger (1993) han encontrado que existe una tendencia en los sujetos a autoevaluarse favorablemente cuando se comparan con la gente de su edad. Este aspecto se manifestaba en su estudio en unas expectativas más favorables para sí mismos en cuanto a un aumento de atributos deseables, y en un menor incremento de atributos poco deseables. Los autores también demostraron que los adultos de diferentes edades esperaban unas pérdidas más graves para la mayoría de la gente que para ellos mismos, y que esta tendencia era aún más acusada en las personas más mayores. Este fenómeno ha aparecido claramente en estudios en los que se pide a las personas mayores que evalúen su salud, comparándola con la de personas de su mismo grupo de edad. Por ejemplo, los investigadores del *Berlin Aging Study*, demostraron que hay una gran discrepancia entre la evaluación subjetiva de su salud en comparación con las del endogrupo, y el estatus médico objetivo de los sujetos encuestados.

El que las personas de edad avanzada sostienen en gran medida los estereotipos negativos hacia la vejez, se ha puesto también de manifiesto en las encuestas realizadas a participantes mayores sobre actitudes hacia la vejez, en las que las preguntas están formuladas, en un sentido general, es decir, cuando los participantes no deben responder desde su propia experiencia, sino desde un referente generalizado, del tipo “la vejez” o “las personas mayores”. Así, en dichas encuestas, los resultados han demostrado que las imágenes hacia la vejez que mantienen las personas mayores, son mucho peores de lo que podría sugerirse de los resultados que aparecen en los autoinformes, en los cuales, como se ha dicho, aparece que la mayor parte de ellos manifiestan experimentar un alto grado de satisfacción vital.

Un ejemplo de este fenómeno se encuentra en el estudio que realizaron Harris et al. (1976). En él se preguntó a personas de diferentes edades si pensaban que una serie de problemas que se les presentaban podían ser muy serios para la mayoría de personas mayores de 65 años. A los participantes que tenían más de 65 años les preguntaron también si esa situación era actualmente para ellos un problema muy serio. Cuando se compararon las respuestas de las personas mayores de 65 años sobre lo que era un grave problema para ellos mismos en relación con los que percibían para los otros de su misma edad, se encontró una gran discrepancia. Así, los resultados mostraron que estas personas se percibían como teniendo muchos menos problemas

que sus iguales en áreas de la vida tales como la situación económica, la salud y los contactos sociales (Tabla 2). Por ejemplo, se observa que el 59% de los participantes mayores de 65 años consideraba que la soledad era un problema “muy serio” para la mayoría de las personas mayores de 65 años, mientras que solo el 12% de las personas de esta edad lo percibían como un problema “muy serio” para ellos mismos. Igual ocurría con la salud o con el no sentirse necesarios, aspectos que eran percibidos por el 53% y por el 40% de los encuestados, como problemas serios para los otros, mientras que en referencia a ellos mismos, los porcentajes bajaban al 21% y al 7% respectivamente.

Tabla 2. Atribuciones de las personas mayores de 65 años hacia “los otros” del grupo de iguales

	Problema atribuido <i>muy serio</i> para “la mayoría de personas mayores de 65 años”	Problema sentido como <i>muy serio</i> personalmente, por mayores de 65 años
No tener bastante dinero para vivir	59	15
Soledad	56	12
No sentirse necesario	40	7
Temor a la criminalidad	51	23
Pobre salud	53	21
No tener bastantes oportunidades de trabajo	32	5
No tener bastante asistencia médica	36	10
No estar bastante ocupado	33	6
Mala vivienda	34	4
No tener bastantes amigos	26	5
No tener bastante educación	25	8
No disponer de bastante ropa	17	3

Fuente: Harris *et al.*, (1976). Tomado de Thomas (1981, p. 404)

O’Gorman (1980) también demostró claramente la tendencia que existe, por parte de las personas ancianas, a autoevaluarse favorablemente en relación con sus pares en edad. Este autor demostró además que las imágenes que las personas mayores mantenían sobre determinadas dimensiones vitales de las personas mayores, como la salud, la situación económica, o el soporte social, tendían a ser consideradas bajo un aspecto negativo cuando ellos mismos estaban teniendo problemas en estas

áreas.

Por otra parte, Seccombe y Ihsii-Kuntz (1991) compararon la percepción de los problemas asociados a la vejez, en una muestra de adultos mayores de más de 55 años distribuidos en cuatro rangos de edad. Los resultados mostraron que los participantes de más de 85 años eran los que se mostraban más optimistas en cuanto a la percepción de la vejez. No obstante, los autores encontraron que esta positiva percepción de la vejez que aparecía en las personas de mayor edad, dependía del grado en que estas mismas personas estaban teniendo determinados problemas. Por ejemplo, se encontró que los participantes más ancianos que mantenían un estado de vida autónoma por el que podían desarrollar determinados intereses vitales, eran los que sostenían una percepción optimista hacia la vejez. En cambio, los sujetos que estaban experimentando pérdidas en algunas áreas vitales, se mostraban mucho más pesimistas que los participantes más jóvenes que tenían problemas similares.

En un estudio reciente, Heckhausen y Brim (1997) utilizan el término devaluación social (*social downgrading*), para referirse a cuando los sujetos se comparan con una persona o grupo al que se percibe de forma sesgada y negativa, pero que no identifican como inferior al propio *self*. Ejemplos de esto serían *la gente en general* o *la mayoría de la gente de su edad*. La devaluación social se dirige en estas expresiones a una referencia social indeterminada e inespecífica: *los otros*, en general.

Heckhausen y Brim (1997) realizaron un estudio con 2.022 adultos de edades entre 18 y 93 años, distribuidos en diez grupos de edad. La recogida de datos se efectuó por medio de una encuesta en la que los participantes debían responder a preguntas sobre posibles problemas que podían tener en ese momento en su vida, por medio de una escala tipo Likert con cinco posibilidades de respuesta, desde *ser un problema importante* a *no ser importante en absoluto*. Estos posibles problemas tenían que ver con áreas tales como la mala salud, no tener amigos con los que relacionarse, estar teniendo problemas en el matrimonio, demasiado estrés, o sentimientos tales como los de no encontrar un significado a la vida o de ser físicamente poco atractivos, entre otros. Todas las variables fueron seleccionadas por los autores por considerar que representaban problemas potenciales en diferentes periodos de edad de la vida adulta, y también porque se referían a facetas amplias de la vida. En la encuesta, los sujetos debían

responder a cada uno de estos problemas potenciales en relación, tanto con ellos mismos, como con la mayoría de las personas de su edad. Los resultados mostraron que, en todas las áreas, los jóvenes, los adultos de mediana edad, y los adultos mayores, creían que los problemas de los demás eran más serios que los propios. Además, se encontró que este fenómeno era especialmente pronunciado cuando los participantes estaban experimentando problemas en el área en cuestión. Finalmente, también se comprobó que esta tendencia aparecía aún más pronunciada en el caso de los adultos mayores, de forma que a edades más avanzadas se atribuían problemas más serios a los otros en referencia a la salud o a la buena forma física. Lehr y Thomae (2003) también resaltan esta tendencia a hacer una comparación de sí mismos favorable, respecto al grupo de iguales.

Así pues, los resultados de todos estos estudios coinciden en señalar que aunque hay una serie de creencias sociales negativas acerca de la vejez, las cuales son generalmente asumidas por las personas mayores, sin embargo, los resultados de investigaciones como las que se han señalado, indican que los mayores no solo no se perciben a sí mismos según esas creencias, sino que, por el contrario, se sienten mejor de lo que los otros esperan, incluyendo a sus propios pares en edad. Lo que resulta, por tanto, es que existe una gran discrepancia entre las representaciones de la vejez de *los otros* mayores, y la percepción que los propios mayores tienen de sí mismos (Lehr y Thomae, 2003).

Heckhausen y Krueger (1993) consideran que es posible que los sujetos mayores que están experimentando determinadas pérdidas en sí mismos, elaboren creencias sobre los otros de tal forma, que los problemas que ellos mismos padecen, sean percibidos como normativos de la etapa y por lo tanto, esperen que sean compartidos por la gente que tiene su misma edad. Si esto es así, parece factible el considerar que las respuestas de los sujetos mayores a cuestiones referidas a los estereotipos sociales negativos que se refieren a los supuestos problemas de salud, sociales y psicológicos que serían propios de las personas mayores, en general, puedan de alguna forma, revelar su propia situación en algunos de estos aspectos. Wills (1981, p. 256) señala que el sostener prejuicios contra otros, puede representar una mejora subjetiva en el bienestar de los sujetos. Para este autor, “los prejuicios son más acusados en las personas que se sienten amenazadas o en aquellas otras cuyo estatus actual está

bajando” Asimismo, Wills sostiene que los sujetos incrementarán su sentimiento de bienestar por el medio de identificar a los sujetos del endogrupo o de un exogrupo que están peor que ellos mismos.

5.2. Las diferencias en dimensiones de personalidad: autoestima y optimismo

Kalish (1991, p. 111) define la personalidad como “la cambiante e interactiva organización de las cualidades características que, vistas como un todo, hacen que las personas se comporten tal y como lo hacen y que sean diferentes de los demás”. Algunas de estas cualidades individuales son las que se refieren a la imagen y al concepto que las personas tienen de sí mismas, así como sus cambios en el transcurso de la vida. El autoconcepto suele ser definido como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos sobre uno mismo (Rosenberg, 1979). Los componentes evaluativos del autoconcepto constituyen la autoestima, la cual está formada por los sentimientos, positivos y negativos, que el sujeto experimenta sobre sí mismo (McCrae y Costa, 1988). Esta dimensión es una de las características de personalidad que se considera que desempeña un papel importante en la vejez (Deusinger, 1995; Lehr, 1980; Lehr y Thomae, 2003) por cuanto implica la valoración que la persona hace de sí misma en función de la experiencias vividas.

En relación con la autoestima hay autores que, como Kalish (1991), creen que dadas las pérdidas que tienen lugar a medida que aumentan los años en la vejez, es fácil que la autoestima experimente una disminución en esta etapa. Así, Kogan y Wallach (1969) encontraron que a medida que aumenta la edad disminuye la autoestima. Por su parte, Deusinger (1995), comprobó que las mujeres de más de 80 años, tenían sentimientos hacia sí mismas menos favorables que en edades más jóvenes. No obstante, Gurin, Veroff y Feld (1960) obtuvieron resultados contrarios, de los que sugieren que más bien la autoestima aumenta con la edad.

A pesar de estos resultados dispares, existe un general acuerdo, en que la imagen de sí misma que la persona aporte en la edad avanzada, va a condicionar que se experimente como fuerte, integrada, eficaz y con control sobre su vida, o por el contrario, frágil, insegura, inadaptada o dependiente. Por ejemplo, se ha demostrado (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) que una alta autoestima está relacionada con

estrategias de afrontamiento consideradas eficientes. Asimismo, Deusinger (1995) ha comprobado que un nivel bajo de autoestima aparecía relacionado significativamente con trastornos depresivos. Por otra parte, George (1987) ha encontrado que las diferencias en autoestima entre los adultos mayores, están asociadas con medidas de logro personal en cuanto a educación, entre otros factores, mientras que Ben-Zur (2002) ha encontrado, en una muestra de personas de edad avanzada, relaciones positivas entre la alta autoestima y un adecuado planteamiento de estrategias para afrontar problemas. Finalmente, en un estudio realizado por Ranzijn, Keeves, Luszcz y Feather (1998) con 1087 participantes de una media de edad de 77,43 años, apareció que una mayor autoestima está ligada a tener menos edad, más nivel educativo, más ingresos, y mejor percepción de salud, así como que en las personas de alrededor de 80 años, la autoestima estaba asociada al sentimiento de ser útil a otras personas. Por tanto, de los resultados de estas investigaciones parece derivarse que la autoestima está ligada a factores muy diversos en las personas de edad avanzada.

Más directamente relacionado con el tema de las actitudes, es el estudio efectuado por Croker, McGraw, Thonson e Ingerman (1987), del que sugieren que los sujetos que muestran un elevado nivel de prejuicio, tienen menor nivel de autoestima en comparación con las personas de bajo prejuicio. Una investigación que ejemplifica claramente la tendencia a la propia devaluación en relación con las actitudes, es la realizada por Ward (1977) con 323 personas mayores de 60 años no institucionalizadas. Una de las variables que el autor contempló en este estudio eran las actitudes que los participantes sostenían hacia la vejez. Esta variable se midió por medio de un cuestionario de 19 frases que expresaban estereotipos negativos sobre las personas mayores, y al que se respondía en una escala tipo *Likert* con cuatro posibilidades, desde *muy de acuerdo* a *totalmente en desacuerdo*. Otras variables que se midieron fueron la autoestima, la edad relacionada con la deprivación (que era una medida que evaluaba un conjunto de elementos, tales como estar jubilado, haber enviudado, pobre estatus económico, bajo nivel de salud y escasa habilidad funcional), la actividad, (conjunto de variables que evaluaban diferentes actividades de tipo físico) y la salud (según la presencia o no de enfermedades crónicas). Los resultados mostraron que existía una relación significativa entre la aceptación de las actitudes negativas hacia la vejez y la autodevaluación, de forma que cuanto más creían los participantes en los estereotipos negativos de la vejez, más baja era su autoestima.

Finalmente, creemos interesante para la parte empírica de este trabajo, resaltar el comentario que, acerca de este estudio de Ward (1977) hace Stuart-Hamilton (2002, p. 154), el cual apunta a la posibilidad de que “cuanto más pobre sea la imagen que las personas mayores tienen de los otros de la misma edad, más baja sea la consideración en que se tienen a sí mismos, así como que es fácil que la propia imagen y los estereotipos “se autorrefuercen, creando un círculo vicioso”.

Por otra parte, Taylor y Brown (1988) señalan que una alta autoestima, un sentido de autoeficacia o control personal percibido y un positivo punto de vista en la vida, están asociados con la salud psicológica, mientras que la baja autoestima, y un punto de vista pesimista en la vida están asociados con depresión y ansiedad. Así, aparece aquí una nueva variable a considerar, como es el optimismo. En relación con el punto de vista optimista o pesimista en la vida a que se refieren estos autores, Scheier y Carver (1993) han aislado una característica de la personalidad a la que llaman *optimismo disposicional*. Estos investigadores han encontrado que esta característica de personalidad se relaciona positivamente con medidas de autoestima.

El optimismo disposicional es definido como “la tendencia a creer que uno conseguirá en la vida más resultados positivos que negativos” (Scheier y Carver, 1993, p. 26). Por lo tanto, es un aspecto que aparece relacionado con la esperanza ante el futuro, aspecto que es importante en cualquier etapa de la vida. En este sentido, una orientación hacia el futuro más próximo es considerada para la gran mayoría de personas mayores como uno de los presupuestos para el dominio de los problemas cotidianos. Además, el optimismo sobre el propio futuro refleja el grado en el cual uno cree en las propias habilidades de control y de capacidad para afrontar las situaciones graves de la vida (Scheier y Carver, 1987). Aunque Lennigs (2000) sostiene que el optimismo, como orientación hacia el futuro, es relativamente poco importante en las personas ancianas, las cuales considera que están más orientadas en el presente, de forma adaptativa, sin embargo, Scheier y Carver (1993) señalan asimismo que el optimismo no parece decaer en la vejez, excepto en las personas muy mayores que están experimentando problemas de salud o en algunas áreas funcionales. Por ejemplo, Mclenon (1997) ha asociado un estado mental positivo con un mejor estado de salud y con un afrontamiento con éxito contra la depresión, mientras que un estado de ánimo

negativo se ha asociado a la enfermedad y a la muerte. Además, como se ha dicho, el optimismo ha aparecido relacionado con la autoestima.

Asimismo, desde el punto de vista de la salud, Scheier y Carver (1992) han encontrado que las personas optimistas es más fácil que se comprometan en hábitos de fomento de la salud, así como en mantener una constancia en los programas de rehabilitación. Maroto, Shepperd y Pbert (1990) mostraron que el optimismo se relacionaba, entre otros factores, con una recuperación más rápida después de un periodo de rehabilitación. Asimismo, Mclenon (1997) ha encontrado que un estado mental positivo está asociado con un mejor estado de salud, y que sirve a las personas como factor de protección frente a problemas psíquicos tales como la depresión.

Finalmente se puede resaltar que al estar el optimismo relacionado con las creencias en la propia eficacia (Scheier y Carver, 1987; 1993), las diferencias que existen en los sujetos mayores en esta dimensión pueden aportar una mayor comprensión ante las actitudes y expectativas que se mantienen hacia la vejez en esta época de la vida. Por lo tanto el optimismo es una variable que parece importante tener en cuenta en los estudios que se propongan investigar sobre distintos aspectos del envejecimiento.

5.3. Las actitudes y estereotipos implícitos hacia la vejez

Levy (2003, p. 203) mantiene que los estereotipos de la vejez no necesitan ser expresados para que los niños los adquieran desde los primeros años de vida. Así, “la simple observación por los niños de las discapacidades de la vejez, así como la desatención de los ancianos pueden ser aprendidas sin referencia explícita por parte de los adultos”. En este sentido, Isaac y Bearison (1980) ya habían encontrado que los estereotipos sociales de la edad, al igual que los del género y la raza, son interiorizados y expresados alrededor de los seis años. Partiendo de este hecho, investigadores como Banaji, Hardin y Rohman (1993) o Levy (2003), sostienen que los estereotipos, así adquiridos tempranamente e interiorizados, pueden más adelante activarse con facilidad ante sujetos de una determinada categoría de edad, raza o grupo étnico, incluso aunque las personas no mantengan conscientemente prejuicios hacia dichos grupos. Es decir, la activación de estas creencias, sostenidas desde la infancia, quedarían fuera del control

consciente de los individuos. Es debido a este fenómeno por lo que Levy (2003, p. 204) manifiesta que “a partir del momento en que los niños interiorizan los estereotipos de la vejez, cargan con las expectativas hacia sus propios procesos de envejecimiento”.

Para Levy y Banaji (2002) hay dos claros indicadores de que los estereotipos de la edad están interiorizados. En primer lugar, estas autoras se refieren a las investigaciones que han encontrado que los estereotipos de la vejez pueden funcionar sin que las personas mayores tengan conciencia de ellos. El otro indicador es que los sujetos mayores tienden a sostener sentimientos tan negativos hacia su propio grupo como los que muestran los jóvenes hacia los exogrupos. Este fenómeno contrasta con la preferencia por el endogrupo de otros grupos humanos estigmatizados socialmente. Por ejemplo, los hispanos y las personas de raza negra que viven en EEUU tienden a sostener percepciones positivas hacia sus respectivos grupos, a pesar de que saben que son evaluados por el exogrupo en función de estereotipos negativos.

Otro aspecto que tiene importancia en la comprensión de la consistencia que muestran los estereotipos de la vejez, aparece en los estudios de Dijksterhuis y van Knippenberg (1998), los cuales han comprobado que la duración del *imput* perceptivo se encuentra relacionado de forma significativa con la magnitud de la conducta resultante. Traduciendo esta relación al fenómeno de los estereotipos, implicaría que el tiempo al que están expuestos los sujetos a los estereotipos influye en el impacto que tienen en su conducta. Así, Levy (2002) se apoya en el trabajo de estos autores para sostener la importancia que tiene en el mantenimiento de los estereotipos y falsas creencias sobre la vejez, el largo periodo temporal que transcurre desde que se produce la interiorización de tales creencias, hasta que las personas llegan, ellas mismas, a ser mayores. De hecho, pueden transcurrir varias décadas en que los sujetos están sosteniendo, sin cuestionamiento alguno por su parte, los estereotipos negativos de la vejez existentes en su cultura. De este modo, cuando esos estereotipos empiezan a ser relevantes para ellos mismos, puede ocurrir que las personas sean ahora más vulnerables a su influencia, puesto que no han desarrollado previamente los mecanismos psicológicos necesarios para defenderse contra las expectativas negativas hacia el grupo *personas mayores*. Además, para Palmore (1999) o Levy y Banaji (2002), cuando los individuos llegan a esta etapa de la vida, los estereotipos tienden a ser reforzados por la exposición

repetida a las imágenes negativas hacia la vejez que aparecen en numerosas situaciones de la vida cotidiana, con lo que resulta más difícil poder desprenderse de ellos.

Otra prueba para Levy (1996) de que los estereotipos de la vejez están interiorizados es que cuando se pidió a los participantes de un estudio, jóvenes y mayores, que describieran la primera imagen que les venía a la mente cuando pensaban en una persona vieja, se encontró que ambos grupos mencionaron una imagen de sabiduría y de senilidad. En los dos grupos se encontró que la palabra *senilidad* era la más familiar, y la que estaba más fácilmente disponible en la memoria de los sujetos, por encima de la frecuencia de la palabra *sabiduría*. Perdue y Gurman (1990) por su parte, ya habían hecho, a su vez, una observación similar empleando técnicas de *priming*, sugiriendo que el *priming* de sabiduría resulta incongruente para la mayoría de los sujetos como imagen socialmente dominante de la vejez. Estos autores hicieron un estudio empírico en el que después de exponer a los participantes al *priming* “viejo”, encontraron que los sujetos tardaban más en evaluar los rasgos positivos que los rasgos negativos que aparecían en una pantalla. Perdue y Gurman, (1990) sugieren, a partir de estos resultados, que la relación de “sabio” con “viejo”, hacía necesario un cambio de la imagen dominante que sobre la vejez mantenían los participantes, y por lo tanto, el tiempo de respuesta era más prolongado. En cambio, el *priming* de “senilidad”, que representa una imagen de las personas ancianas como mentalmente incompetentes, era el más familiar y el que estaba más fácilmente disponible en la estructura cognitiva de los sujetos, por lo que el tiempo de respuesta disminuía.

Para Levy y Banaji (2002), el hecho de que en nuestra sociedad se muestren con abundancia los estereotipos negativos de la vejez, no es una garantía de la preponderancia de su interiorización en todas las personas, ni de que lo haga por igual en todas ellas. Esto quiere decir que, aunque las personas sean expuestas a los mismos estereotipos negativos de la vejez, existe una variabilidad individual en cuanto a la receptividad de los mismos por los sujetos. Este aspecto, además puede tener que ver con las diferencias de personalidad (Allport, 1954). Así, podría tener relación, por ejemplo, como se ha sugerido en el punto anterior, con aspectos de personalidad, tales como la autoestima y el optimismo.

Por otra parte, en las últimas décadas han proliferado los estudios que muestran los efectos de los autoestereotipos de raza y género en la conducta y el funcionamiento de los individuos (Leyens et al, 2000; Steele y Aronson, 1995; Wheeler y Petty, 2001). El término *autoestereotipo* resulta equivalente al de *estereotipo implícito* que emplean Levy y Banaji (2002) puesto que Wheeler y Petty (2001), en su revisión de 25 artículos existentes sobre autoestereotipos señalan, como características de los mismos, que están interiorizados y que funcionan sin control consciente de los sujetos. Estas son precisamente las características que para Levy y Banaji (2002) definen a los estereotipos implícitos de la vejez.

Sin embargo, la mayoría de estos estudios sobre autoestereotipos han explicado los resultados encontrados refiriéndose a la “amenaza del estereotipo” que experimentan las personas en momentos puntuales (Wheeler y Petty, 2001). Desde esta perspectiva, se parte del supuesto de que los miembros de grupos estigmatizados perciben la amenaza del estereotipo cuando están en situaciones en las cuales la gente puede asociarles al estereotipo del grupo. Por lo tanto, en esas condiciones es fácil que se incremente la presión de los sujetos hacia el propio rendimiento y que, como consecuencia, aumente asimismo su nivel de ansiedad. Debido a ello, es fácil que las personas en esta condición de amenaza fracasen en la actividad propuesta, y que se produzca en ellos el cumplimiento del estereotipo (Nelson, 2002; Perdue y Gurtman, 1990). No obstante, en este enfoque se sostiene la posibilidad de que los sujetos de los grupos estigmatizados socialmente, se defiendan de las situaciones en las que perciben que puede cumplir en ellos el estereotipo del grupo. Esto lo consiguen utilizando estrategias tales como la de no implicarse en las actividades que juzgan amenazantes. Por ejemplo, se ha demostrado que las personas de raza negra, que soportan en EEUU el estereotipo de un bajo rendimiento intelectual son capaces, potencialmente, de defenderse contra la amenaza de este estereotipo, por el medio de no comprometerse en tareas de tipo académico (Steele y Aronson, 1995). Sin embargo, esta defensa se ve facilitada por el hecho de que esa amenaza aparece en situaciones específicas, y en referencia a tareas concretas.

En cambio, los estereotipos de la vejez parecen regirse por parámetros diferentes según Levy y Langer (1994), quienes sostienen que cuando las personas alcanzan la

vejez y los estereotipos llegan a ser relevantes para ellas, ya tienen interiorizados dichos estereotipos. Como consecuencia, las personas mayores pueden estar faltas de las defensas de que disponen otros grupos estigmatizados para prevenir, o para separarse selectivamente de las situaciones que perciben amenazantes, en cuanto a la posibilidad de que se cumplan en ellas los estereotipos negativos. Además, el que las personas mayores puedan retirarse de determinadas actividades y situaciones de una forma similar a como lo hacen las de otros grupos, resulta más difícil, debido a que los contenidos básicos de los estereotipos de la vejez se refieren a la salud mental y física, y al funcionamiento global de las personas en la vida cotidiana. Es decir, las personas mayores están expuestas con frecuencia a numerosos estereotipos de la vejez en su vida diaria, lo cual podría tener como resultado una activación frecuente de los estereotipos implícitos negativos (Levy et al. 2000a).

5.4. Estudios sobre los efectos de la activación de los estereotipos de la vejez en personas mayores.

La amplitud y falta de especificación de los estereotipos de la vejez, ha sido demostrada en una serie de estudios de laboratorio, en los que se ha encontrado que un conjunto de estímulos positivos y negativos, con una significación generalizada de *sabio* versus *senil*, puede dar lugar a la mejora o al deterioro, respectivamente, de un numeroso grupo de funciones cognitivas y conductuales, que pueden incluso afectar a aspectos fisiológicos de las personas mayores (Hausdorff et al.,1999). Tales experimentos se han realizado en campos tan diferentes como la memoria, la velocidad de la marcha, la escritura a mano, la función cardiovascular, el rendimiento en matemáticas y en lenguaje, el deseo de vivir o la percepción de otros ancianos.

A continuación vamos a referirnos brevemente a estos estudios, que como se ha dicho antes, ha parecido de interés incluirlos en este trabajo debido a que, a través de ellos, se hace posible documentar más claramente los efectos que la activación de los estereotipos implícitos de la vejez produce en la conducta de las personas mayores.

5.4.1. Efectos en la memoria

La mayoría de la gente cree que su memoria va a experimentar un declive

cuando sean mayores (Levy, 1996; Levy y Langer, 1994; Palmore, 1988; Ryan y Kwong-See, 1993). Los investigadores discrepan sobre lo inevitable de este declive. Algunos opinan que las expectativas sobre el declive de la memoria son las causantes de que este problema sea una realidad, y que si las expectativas cambiaran, muchos aspectos del declive en memoria se reducirían. Así, Levy y Langer (1994), que han estudiado los procesos psicológicos y sociales que pueden fomentar los procesos de pérdida de memoria en la vejez, creen que el declive de la memoria está relacionado con los estereotipos negativos hacia la vejez que sostienen esta creencia.

Para estudiar este proceso, diseñaron una investigación sobre memoria y actitudes hacia la vejez. Las autoras utilizaron una muestra formada por representantes de tres culturas diferentes: miembros oyentes de la cultura china, en la cual los estereotipos de la vejez no parecen tan negativos como en los de la sociedad americana tradicional, la cultura de oyentes americanos y en tercer lugar, la de los sordos americanos. Esta última fue elegida por considerar que las personas sordas no están expuestas a los estereotipos de la vejez que se encuentran en las conversaciones de la vida corriente, puesto que al comunicarse por medio del lenguaje de signos, pueden recibir menos información negativa sobre la vejez. Además, los miembros mayores de la comunidad de sordos suelen mantener, según estas investigadoras, una amplia participación en actividades intergeneracionales, en las cuales tienen un estatus igual o superior a los de otras generaciones. Este fenómeno ha sido observado por Becker (1980) y Davis (1983). En este estudio se seleccionaron treinta participantes que representaban a cada una de las tres culturas elegidas, la mitad de los cuales eran jóvenes de quince a treinta años y la otra mitad adultos de entre 59 a 91 años. A continuación midieron el rendimiento en memoria empleando diferentes pruebas. También midieron la actitud que mantenían los sujetos hacia la vejez. Para ello, se pidió a los participantes que dijeran las cinco primeras palabras o descripciones que les venían a la mente cuando pensaban en una persona mayor. La hipótesis era que los participantes que tenían una percepción más positiva de la vejez, describirían más características positivas, tales como “sabio” o “amigable”, en oposición a “decrépito” o “incapaz”. Los resultados de este estudio mostraron que los estereotipos de la vejez se relacionaban significativamente con el rendimiento de memoria en sujetos mayores. Así, se demostró que el grupo de los americanos oyentes eran los mostraban percepciones más negativas hacia la vejez, y al mismo tiempo, las personas mayores de este grupo

fueron los que rindieron peor en las tareas de memoria. En contraste, las personas de origen chino eran las que tenían percepciones más positivas hacia la vejez, y sus miembros mayores fueron los que mostraron mejor rendimiento en las tareas de memoria. En cuanto al grupo de personas sordas, estaban en una posición intermedia entre los dos anteriores. También en este mismo estudio, se encontró que las personas mayores de origen chino, rindieron en las pruebas de memoria tan bien como los jóvenes de esta cultura.

Partiendo de estos resultados, los autores sugieren que en el rendimiento de la memoria en la vejez hay que tener en cuenta los componentes culturales y los psicosociales, por lo que habría que seguir investigando la posibilidad de que, en los grupos humanos en los que existen unas imágenes de la vejez menos negativas que en la cultura occidental, los adultos mayores conserven un funcionamiento de la memoria más elevado.

Por su parte, Yoon, Feinberg, Haster y Rahhal (2000) al comentar los resultados encontrados por Levy y Langer (1994), no creen que los estereotipos de la vejez, por sí mismos, sean los responsables de las diferencias en el funcionamiento de la memoria, aunque no rechazan totalmente las influencias culturales. De esta forma, Yoon et al. (2000) sugieren que es posible que una cultura tenga en alta consideración a sus miembros de edad avanzada, y al mismo tiempo reconozca ciertas limitaciones físicas o cognitivas que puedan acompañar a la vejez. Sin embargo en nuestra cultura, al tratarse de un tipo de sociedad fundamentada en la autonomía y la productividad laboral, esta doble posibilidad parece más difícil, puesto que, como afirma Quinn (1983, p.45) “la identidad está ligada al hacer y no al ser, por lo que en ella las personas viejas pierden fácilmente respeto y estatus”.

Asimismo, Levy (1996) realizó un estudio para comprobar si la activación de los estereotipos positivos implícitos de la vejez conducen a un mejor rendimiento en memoria, así como si de la activación de los estereotipos negativos implícitos de la vejez se deriva un empeoramiento del rendimiento en memoria. En este estudio, la autora creó dos tareas de presentación previa de información. Esta técnica, como se ha dicho en otro lugar, consiste en presentar los estímulos a una velocidad tal que no pueden ser percibidos por los participantes de forma consciente, y permite, en opinión de Levy,

(1996, p. 206) “activar imágenes que los participantes han interiorizado a lo largo de su vida”.

Este estudio se realizó de la forma siguiente: en la primera tarea se activaban subliminalmente estereotipos positivos de la vejez, mientras que en la segunda tarea se hacía lo mismo con los estereotipos negativos. Previamente a estas tareas, Levy pidió a un grupo de personas de diferentes edades que clasificaran los rasgos y conductas que, en su opinión, representaban características positivas o negativas de la vejez. Las palabras seleccionadas para la intervención con los estereotipos negativos incluían *incompetente*, *decrépito* y *enfermo*, mientras que entre las palabras seleccionadas para los estereotipos positivos se incluyeron *guía*, *sabio* y *realizado*.

Antes y después de la intervención, los sujetos hicieron una serie de pruebas de memoria, y se les preguntó sobre el rendimiento que pensaban que podían tener en ellas. Los resultados mostraron que los sujetos mayores expuestos a estereotipos positivos, tenían un rendimiento significativamente mejor en las pruebas de memoria que las personas mayores expuestas a estereotipos negativos. Asimismo se encontró que los sujetos mayores expuestos a estereotipos positivos de la vejez, informaban de una mayor eficacia personal en memoria que los expuestos a estereotipos negativos. Este hecho hace sugerir a la autora que las expectativas de las personas mayores pueden actuar como mediadores de su rendimiento en tareas de memoria.

Hess et al. (2003) han confirmado los resultados de Levy (1996) en un estudio con estereotipos explícitos de la vejez. En esta investigación, los participantes, jóvenes y mayores, fueron asignados a tres grupos de diferentes condiciones de estereotipo: positivo, control y negativo. A los participantes en la condición negativa se les dio información sobre estudios recientes que ofrecían datos de que la vejez tiene efectos negativos en la memoria. En cambio a los participantes en la condición positiva se les daban datos de estudios en los que los resultados mostraban que la memoria no resulta afectada necesariamente. Hess et al. (2003) encontraron que la exposición a estereotipos negativos explícitos de la vejez daba como resultado un menor rendimiento de memoria entre los participantes mayores, en contraste con los que no eran expuestos a ellos así como con los participantes jóvenes que eran expuestos, en los cuales no influían los estereotipos.

5.4.2. Efectos en la velocidad de la marcha

En el mismo sentido que la investigación revisada en el apartado anterior, Hausdorr, Levy y Wey (1999) han demostrado la influencia de los estereotipos positivos y negativos de la vejez en la velocidad del paso de un grupo de personas mayores, hombres y mujeres.

En este estudio, se midió la velocidad de la marcha de 47 personas de edades comprendidas entre 63 y 80 años, después de la activación subliminal de estereotipos, tanto positivos como negativos. Como se había previsto en la hipótesis establecida, los sujetos que habían estado expuestos a estereotipos positivos, aumentaron su velocidad de marcha y de *swing time* (lapso temporal en que un pie está en el aire y el otro permanece en el suelo), mientras que la velocidad de la marcha y el *swing time* de los sujetos que se expusieron a estereotipos negativos no cambió. Las ganancias en el paso de los sujetos que habían estado expuestos a información previa de estereotipos positivos tuvieron lugar independientemente de la edad, el género, el estado de salud o el estatus social de los participantes. Este estudio confirma que, tal como Bargh, Chen y Burrows (1996) habían mostrado previamente, los estereotipos negativos de la vejez pueden alterar lo que puede ser considerado de forma amplia, como una función basada fundamentalmente en procesos neurofisiológicos.

Al mismo tiempo, y en un sentido contrario, estos autores encontraron que después de exponer a personas ancianas a menos de 30 minutos de estereotipos positivos, experimentaron una mejora sustancial en la velocidad de la marcha. Esta mejora se encontró que era similar a las ganancias que se obtuvieron en otros estudios después de semanas o meses de ejercicios exhaustivos, lo que sugiere que las intervenciones con estereotipos positivos pueden incidir en aspectos de prevención y rehabilitación

5.4.3. Efectos en la escritura a mano

Con el fin de determinar si los estereotipos de la vejez afectan a la conducta que se asume que funciona sin control consciente, Levy (2000), diseñó un estudio dirigido a

comprobar si los estereotipos pueden influenciar, en las personas ancianas, la escritura a mano. El estudio consistió en dar información subliminal previa de estereotipos positivos y negativos a una muestra de personas mayores que fueron distribuidas en dos grupos. En uno de ellos, los participantes recibían información previa de estereotipos positivos de la vejez, mientras que el otro grupo era expuesto a estereotipos negativos. A continuación, se pedía a los sujetos que hicieran una tarea de escritura a mano. Los resultados obtenidos demostraron que los participantes expuestos a estereotipos negativos de la vejez, tenían significativamente más temblor en la escritura a mano que los que habían sido expuestos a estereotipos positivos. Las muestras de escritura fueron valoradas por jueces que no conocían la edad de los sujetos ni el grupo al que se le daban los estímulos. Dichos jueces imparciales, describieron las muestras de escritura de los sujetos que habían sido expuestos a los estereotipos negativos como pertenecientes a individuos significativamente deteriorados, en comparación con los que recibieron estímulos positivos.

5.4.4. Efectos en la percepción de otras personas mayores

Levy (1996) encontró que las interpretaciones que las personas mayores hacen de determinadas situaciones, pueden aparecer afectadas por los estereotipos implícitos de la vejez. Esta autora diseñó un estudio en el que se presentaba a los participantes un relato sobre una mujer de 73 años que contenía detalles ambiguos, de tal forma que podían ser interpretados en direcciones opuestas. Por ejemplo, en la historia se contaba que la mujer pasaba la noche en la casa de su hermana. De esta situación, los participantes mayores que estaban expuestos a estereotipos positivos de la vejez, tendían a interpretar que esa mujer era un miembro de la familia que podía proporcionar servicios útiles a todos. En cambio, los participantes que habían sido expuestos a estereotipos negativos, tendían a interpretar la historia en el sentido de que la mujer era dependiente de los recursos de su hermana. Este resultado hace sugerir que los estereotipos implícitos de la vejez pueden influenciar la autopercepción de las personas mayores.

5.4.5. Efectos en la función cardiovascular

Levy et al. (2000) han demostrado que los estereotipos de la vejez pueden

influenciar la función cardiovascular de las personas mayores. En este experimento, participantes mayores fueron subliminalmente expuestos a estereotipos positivos y negativos de la vejez, y a continuación se les pidió que realizaran una serie de pruebas matemáticas y de lenguaje. Se comprobó que los que estuvieron expuestos a estereotipos negativos de la vejez demostraron una alta respuesta cardiovascular al estrés, medida a través de la presión de sangre y del ritmo cardíaco, en comparación con los participantes que fueron expuestos a estereotipos positivos.

Desde estos resultados, los autores sugieren que los estereotipos negativos de la vejez pueden actuar como elementos directos de estrés en las personas mayores, mientras que los estereotipos positivos pueden ayudar a protegerles de una respuesta cardiovascular elevada o de la respuesta al estrés asociada con la misma. Barnett, Spencer, Mamuck y Jennings (1997) han sugerido asimismo una posible relación entre la exposición a estereotipos negativos y la progresión de enfermedades cardiovasculares.

5.4.6. Efectos en el deseo de vivir

Hay estudios que han demostrado que las creencias religiosas, así como las específicas de una cultura pueden afectar al deseo de vivir de las personas. Por ejemplo, Phillips y King (1988) o Phillips y Smith (1990) han encontrado, estudiando determinados grupos culturales, que es más fácil que las personas muy ancianas o con determinadas enfermedades graves, mueran después de las fiestas que tienen una significación especial para esa cultura, que en los días previos a dichas celebraciones.

Levy et al. (2000) sostienen que existen una serie de creencias sobre la vejez que se interiorizan desde temprana edad y que son reforzadas a lo largo de la vida, sobre todo en la propia vejez. Una de estas creencias es la que considera que existe una relación inversa entre el valor de la vida y su longitud, lo que afecta a las personas más mayores. Partiendo de la idea anteriormente señalada, de que las personas desean morir cuando las pérdidas percibidas sobrepasan a la percepción de los beneficios de la vida, estos autores han demostrado que la activación de los estereotipos de la vejez influye en el deseo de vivir de los adultos mayores.

Este estudio se realizó, como los anteriores, asignando al azar a personas jóvenes y de avanzada edad, en dos grupos. Todas ellas fueron expuestas subliminalmente a estereotipos positivos o negativos de la vejez. A continuación se presentó a los participantes una serie de situaciones médicas hipotéticas, en las cuales tenían que decidir si aceptaban o rechazaban determinados tratamientos médicos que podían prolongarles la vida, pero que eran dolorosos o muy costosos. Se comprobó que los sujetos mayores en la situación experimental con estereotipos negativos, tendían a rehusar las intervenciones para prolongar la vida, mientras que los sujetos en la situación de estereotipos positivos, tendían a aceptar esas mismas intervenciones. También, como se esperaba, estos *priming* no influyeron en los sujetos jóvenes, para los que los estereotipos de la vejez y el resultado de desear vivir no parecían ser un aspecto relevante.

Por tanto, a partir de estos resultados, Levy et al. (2000) concluyeron que los estereotipos positivos de la vejez, suscitados de forma subliminal, influyen en la percepción de los beneficios de la vida, mientras que los estereotipos negativos de la vejez, inclinan la balanza hacia un predominio de la percepción de las pérdidas experimentadas. Partiendo de tales resultados, los autores sugieren que los estereotipos negativos de la vejez, transmitidos socialmente, pueden debilitar en los sujetos mayores el deseo de vivir. Por el contrario, apareció en este trabajo que la información previa con estereotipos positivos, proporcionaban a las personas mayores una cierta protección contra la fuerza devaluadora y peyorativa de los estereotipos negativos de la vejez. Un resultado especialmente interesante en este estudio, es que demuestra el poderoso impacto que tiene en los ancianos una intervención en positivo acerca de las imágenes de la vejez. Este aspecto abre un campo novedoso en relación con la atención terapéutica que se puede prestar a este grupo de población, ante determinados problemas asociados.

Así pues, en estudios como los que se han descrito, aparece con fuerza la convicción, común entre los profesionales de la psicología aplicada, de que las creencias y estereotipos negativos hacia la vejez pueden influir en la conducta de las personas mayores. La falta de trabajos empíricos que dieran soporte a esta idea está siendo subsanada por investigaciones como las que hemos descrito en este apartado. En estas investigaciones se prueba, de forma convincente, que el rendimiento de las personas

ancianas se ve afectado por los estereotipos de la vejez en campos muy dispares de funcionamiento. Dichos estudios aparecen como un punto de vista sólido que facilite la creación progresiva de un cuerpo amplio de investigaciones sobre el tema, mediante las que sea posible llegar a una mayor comprensión de la complejidad de este fenómeno, y que al mismo tiempo aporte ideas para la intervención psicológica.

A continuación vamos a hacer una revisión de algunas de las perspectivas actuales sobre las medidas de estereotipos, implícitas y explícitas avanzando que este es el trabajo empírico que se va a desarrollar en los capítulos 6 y 7.

5.5. Técnicas de medida de estereotipos de la vejez, explícitas e implícitas

Uno de los primeros trabajos dirigidos a evaluar las actitudes hacia las personas mayores es el de Tuckman y Lorge (1952) quienes desarrollaron una escala sobre las falsas concepciones y estereotipos sobre las personas mayores. Este instrumento está compuesto por 137 frases clasificadas en trece categorías de evaluación que incluyen rasgos de personalidad y características físicas y cognitivas.

Otro instrumento de medida de actitudes hacia los adultos mayores es el construido por Kogan y Shelton (1962). Esta prueba consiste en completar una serie de frases que se presentan parcialmente construidas y que se refieren a *personas mayores*, comparándose con las mismas frases cuando se completan en referencia a *la gente en general*.

Asimismo, existe un cuestionario de conocimientos sobre el envejecimiento, (*The Facts on Aging Quizzes*), de Palmore (1977,1988), el cual está compuesto por tres escalas paralelas: *The Facts on Aging Quiz, Part1 (FAQ 1)*; *The facts on Aging Quiz, Part2 (FAQ 2)* y *The Facts on Aging and Mental Health Quiz (FAQMH)*. Cada una de ellas consta de 25 frases en que se hacen afirmaciones sobre hechos ciertos y sobre falsas creencias de la vejez referidos a aspectos de la salud mental y física y a cambios fisiológicos, sociales y de personalidad de las personas mayores. Palmore construyó este instrumento pensando en aplicarlo a personas que trabajan con ancianos. Su finalidad era comprobar hasta qué punto los profesionales que tienen a su cargo tareas de diagnóstico, atención o de cuidado de estas personas, mantienen una información

veraz sobre distintos aspectos psico-físicos de la vejez, o por el contrario sostienen estereotipos que pueden llevarles a actitudes de prejuicio hacia los mayores que tienen a su cuidado. Las posibilidades de respuesta son tres: *verdadero*, *falso* y *no lo sé*. Este cuestionario es considerado por su autor especialmente útil para comprobar si los programas de intervención reducen las actitudes de prejuicio hacia las personas de edad avanzada. La adaptación de una de las escalas de este cuestionario ha sido utilizado en la comunidad autónoma andaluza por Amador et al. (2001) en una muestra de 349 estudiantes de magisterio y de Ciencias de la Salud. Asimismo, Villar y Triadó (2000) han realizado una adaptación del FAQ1 y lo han empleado con participantes de diferentes rangos de edad. Estos autores han encontrado que algunas de las creencias erróneas y negativas sobre la vejez, aparecen de forma bastante uniforme en todos los grupos de la población de nuestro entorno que se estudiaron.

Palmore (2001) ha construido posteriormente un cuestionario de percepción del *ageism*, compuesto por veinte ítems, el cual está dirigido a personas de más de sesenta años. Por medio de esta prueba se intenta medir la frecuencia de las actitudes de prejuicio que experimentan las personas mayores. Sin embargo, también se propone con él dar respuesta a una serie de cuestiones candentes en el momento actual, como son la frecuencia del *ageism*, o las actitudes de prejuicio que existen en las diferentes sociedades, así como averiguar qué subgrupos de personas mayores informan de experimentar más actitudes de prejuicio.

El instrumento de medida sobre estereotipos negativos de la vejez más conocido en nuestro país es el de Montorio e Izal (1991) el cual es, junto con el cuestionario ya mencionado de Palmore (1977, 1988), el que se ha tomado como referencia en la parte experimental del presente estudio. Dicho cuestionario está compuesto por veinte frases que contienen afirmaciones de contenido negativo y peyorativo sobre la vejez. Estas afirmaciones se refieren a áreas vitales tales como la salud, la competencia intelectual, las relaciones interpersonales, el nivel de funcionamiento físico, el carácter y el trabajo/jubilación. La forma de respuesta es a través de una escala tipo Likert con cuatro posibilidades: *muy en desacuerdo*, *bastante en desacuerdo*, *bastante de acuerdo* y *muy de acuerdo*. Este cuestionario fue utilizado por Fernández Ballesteros (1992) en una población de 1.215 sujetos de diferentes rangos de edad, entre los que se incluía a 280 personas de entre 61 y 90 años. Posteriormente se ha empleado en otras

investigaciones realizadas en nuestro país. Por ejemplo, en el estudio de Yubero y Larrañaga (1999) se aplicó a una población de 379 alumnos de universidad de diferentes especialidades.

Las investigaciones más prometedoras de los últimos años en este campo, se dirigen a demostrar que las actitudes y creencias negativas sobre los procesos de la edad que existen en las sociedades occidentales están tan arraigados, que la gente responde a ellos a nivel no consciente. De esta forma, se ha encontrado que un camino útil para medir pensamientos y sentimientos no conscientes puede ser a través de la exposición a los estereotipos de forma subliminal. Como se ha dicho anteriormente, autores como

Levy (1996; 2003), Stuart Hamilton (2002) o Wittenbrink, Judd y Park (2001) opinan que los estereotipos no pueden ser recogidos fácilmente a través de cuestionarios, debido a que mucha gente se muestra reacia a expresar sus sentimientos cuando son negativos, o bien porque es posible que no tengan conciencia de sus creencias y sentimientos. Por su parte, Dovidio y Gaertner (1986) señalan que las formas contemporáneas de prejuicios son más sutiles, indirectas y menos abiertamente negativas que en el pasado.

De esta forma, para hacer frente a tales dificultades, los investigadores han empezado, como se ha dicho, a utilizar medidas implícitas de actitudes y de estereotipos para evaluar las representaciones mentales de la gente de diferentes grupos, así como sus sentimientos hacia personas de un exogrupo. Por ejemplo, han aparecido trabajos centrados en el tiempo de reacción o en la percepción subliminal. Un instrumento de medida de este tipo es *the Implicit Association Test (IAT)* de Greenwald, McGhee y Schwarz (1998), que explora las diferencias individuales y grupales que existen en las actitudes inconscientes y en los estereotipos sociales. Esta prueba se está utilizando en estudios sobre estereotipos de la vejez como una medida de identidad y de las actitudes hacia la vejez (Nosek, Banaji, y Greenwald, 2002). El IAT utiliza un indicador de latencia de la respuesta, consistente en el emparejamiento de un objeto con la actitud hacia el mismo. Por ejemplo, se empareja un término, tal como *viejo* o *joven*, con una dimensión por la que se evalúa el término como *bueno* o *mal*. La velocidad a la que se hace el emparejamiento se interpreta como una medida de la fuerza de la actitud. De forma similar, la velocidad de la asociación entre concepto y atributo (por ejemplo *viejo-joven*

con *casa-cuidador*), es interpretado como una medida de la fuerza de la creencia implícita (estereotipo) (Nosek et al., 2002).

SEGUNDA PARTE:

ESTUDIO EMPÍRICO

INTRODUCCIÓN

Como se ha indicado en la parte teórica de este trabajo, el cuerpo de investigaciones sobre la influencia de los estereotipos negativos en las personas mayores es menos numeroso que el que existe respecto hacia otros grupos sociales, tales como los de raza y género. Además, los estereotipos racistas y sexistas contienen unos elementos específicos que los diferencian de los referidos a la vejez. Tales diferencias se encuentran en que todas las personas van a pasar por la etapa de la vejez, si viven lo suficiente, y por lo tanto, nadie está libre, potencialmente, de padecer las actitudes y los estereotipos negativos referentes a la misma. Otra característica diferencial con los estereotipos de otros grupos sociales, según Levy (2003), es que cuando las personas llegan ellas mismas a esta etapa de la vida, llevan sosteniendo desde la infancia los estereotipos de la vejez que son propios de su cultura. Esta circunstancia hace factible, según Levy (2003), que las personas accedan a la vejez sin haber desarrollado los mecanismos de defensa que facilitan a otros grupos, socialmente estigmatizados, afrontar desde edades tempranas los estereotipos negativos que existen hacia ellos. Este aspecto puede tener relación con estudios que han demostrado que las personas mayores tienden a sostener los estereotipos negativos hacia la vejez en mayor medida que las poblaciones de grupos más jóvenes (Fernández Ballesteros, 1992; Levy y Banaji, 2002; Palmore, 1988).

Por otra parte, hay investigaciones que apuntan a que algunas de las creencias negativas hacia el endogrupo, pueden estar relacionadas con aspectos de la propia vida de los sujetos mayores (Harris et al., 1976; Heckhausen y Brim, 1997; Heckhausen y Kreueger, 1993; Seccombe y Ihsii-Kuntz, 1991) o con dimensiones de personalidad (Croker et al., 1987; Stephan y Rosenfield, 1978; Ward, 1977). Sin embargo, como se ha dicho antes, este campo de estudio está aún poco desarrollado, aunque en nuestro país han aparecido algunos trabajos en los últimos años, pero básicamente en aspectos descriptivos. Por ejemplo, se ha estudiado la incidencia de los estereotipos de la vejez en poblaciones de diferentes grupos de edad (Amador et al., 2001; Fernández Ballesteros,

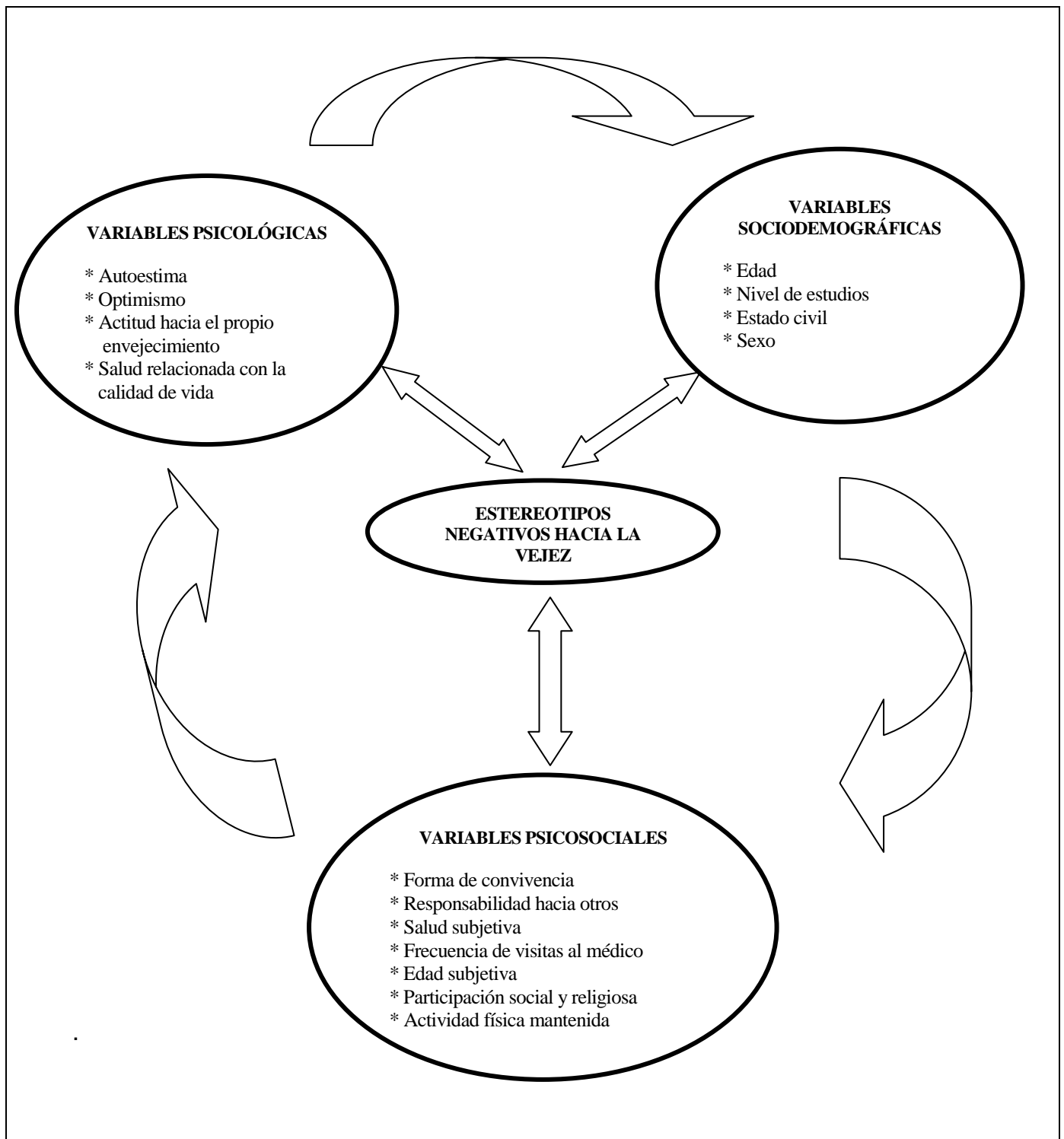
1992; Yubero et al., 1999) o algunas características acerca de la percepción del proceso de envejecimiento en distintas poblaciones (Santamarina et al., 2002; Villar, 1995, 1997).

Por lo tanto, parece necesario seguir investigando para, en primer lugar, disponer de instrumentos de evaluación que demuestren propiedades psicométricas adecuadas. En segundo lugar, con objeto de dilucidar si existe relación entre las atribuciones negativas que sostienen hacia la vejez las personas de edad avanzada, y algunos hábitos de conducta que aparecen relevantes en esta etapa para proteger y promover la salud. Finalmente, para averiguar si las creencias que las personas mayores sostienen sobre la vejez guardan alguna relación con las propias autopercepciones y con dimensiones de personalidad. Con este trabajo se intenta aportar nuevos datos empíricos que se integren a los de estudios ya existentes, y que contribuyan a una mayor comprensión de algunas de las cuestiones que hemos planteado.

La parte empírica de esta tesis incluye dos estudios diferentes. En el primero, presentamos y analizamos un cuestionario para evaluar los estereotipos negativos de la vejez. En el segundo, relacionamos las puntuaciones obtenidas por los participantes en el cuestionario de estereotipos negativos con diferentes variables. Éstas se han elegido por considerar, sobre la base a estudios previos que ya han sido descritos en la parte teórica, que guardan algún tipo de relación con la percepción que las personas tienen de sí mismas en la vejez. Las variables analizadas se sintetizan en la Figura 6.

Los dos estudios se realizan con personas mayores de 65 años de edad, ya que, habitualmente, a partir de esta edad se considera la vejez. Por otra parte, los estereotipos de la vejez van a ser entendidos, siguiendo a Fernández-Ballesteros (1992) como las falsas creencias de signo negativo y, generalmente, despectivo, que actúan en un grupo cultural determinado.

Figura 6. Variables que intervienen en esta investigación



ESTUDIO 1

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han incrementado en nuestro país los estudios que demuestran el interés por parte de investigadores provenientes de diferentes campos del conocimiento, como Aranguren (1992) Bazo (1990, 1995), Freixas (1991, 1997, 2001), De Miguel (1992), Montorio e Izal (1997), Pinillos (1992) o Triadó y Villar (1997), en acercarse a la forma en que las personas perciben o experimentan el proceso de envejecimiento y la vejez. Este interés se ha plasmado en la aparición, en la década pasada, de un instrumento para evaluar los estereotipos negativos hacia la vejez (Montorio e Izal, 1991), el cual ha sido utilizado en estudios con poblaciones de diferentes grupos de edad (Fernández-Ballesteros, 1992; Yubero y Larrrañaga, 1999). No obstante, este cuestionario se ha empleado básicamente a un nivel descriptivo, por lo que se desconocen sus propiedades psicométricas.

Más recientemente, Villar y Triadó (2000) han adaptado el *Cuestionario de Conocimientos sobre el Envejecimiento (FAQ)*, de Palmore (1977), el cual es asimismo una medida de actitudes hacia la vejez. Sin embargo, las propiedades psicométricas no fueron muy satisfactorias en una muestra de diferentes grupos de edad.

Parece oportuno, por tanto, profundizar en un nuevo instrumento para evaluar estereotipos negativos hacia la vejez, a la vez que se analizan sus propiedades psicométricas. Este es el propósito del primer estudio que se presenta en la parte empírica.

2. OBJETIVOS

Como anteriormente se ha apuntado, con el presente estudio se pretende analizar las propiedades psicométricas de un instrumento que se ha diseñado para evaluar los estereotipos negativos sobre la vejez.

3. MÉTODO

3.1. Participantes

La muestra está compuesta por 757 personas mayores de 65 años (399 mujeres y 358 varones), residentes en Málaga capital y provincia. Todas ellas son personas jubiladas y que no viven en residencias. Por sexo, hay 399 mujeres y 358 varones. Las edades de estas personas se encuentran comprendidas entre 65 y 96 años. En la Tabla 3 se presenta la descripción de la muestra por edad y sexo.

Tabla 3. Descripción de la muestra por edad y sexo

Edad	Mujeres	Hombres	Total
65-70	117	113	230
71-75	93	98	191
76-80	88	64	152
+ 80	101	83	184
Total	399	358	757

3.2. Material

La recogida de datos pertinente para realizar este primer estudio, se ha hecho por medio de un cuestionario de estereotipos negativos sobre la vejez. En la elaboración de este instrumento, se ha tomado como base el Cuestionario de Estereotipos sobre la Vejez de Montorio e Izal (1991), y algunos elementos del *Cuestionario de Conocimientos sobre el Envejecimiento* de Palmore (1977, 1988), en sus diferentes versiones: *FAQ1* y *FAQ2* y *FAMHQ*. De las dos primeras formas de este cuestionario se adaptaron tres elementos: *la mayoría de las personas mayores están aisladas socialmente; las*

personas mayores están aburridas la mayor parte del tiempo; es conveniente para las personas mayores ir reduciendo las actividades que realizan. Asimismo, se tomaron otros tres ítems de la tercera forma: *la mayoría de personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para impedirle desarrollar sus actividades normales; el deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez; los tratamientos psicológicos, como la psicoterapia, no son de utilidad para las personas mayores.* Estos seis elementos se incorporaron por considerar que, además de ser representativos de los estereotipos negativos hacia la vejez, su inclusión en el cuestionario podía completar a los contenidos del instrumento de Montorio e Izal (1991). Así pues, el cuestionario inicial quedó formado por 26 ítems con un formato de respuesta de una escala graduada tipo *Likert* de cuatro puntos (*muy en desacuerdo, bastante en desacuerdo, bastante de acuerdo y muy de acuerdo*).

3.3. Procedimiento

Se contactó con los participantes a través del alumnado de primer curso de diferentes especialidades de Magisterio de la Universidad de Málaga, así como por medio del Área de Bienestar Social del Exmo. Ayuntamiento de Málaga. Este organismo colaboró facilitando reuniones con los representantes de asociaciones y centros de jubilados de diferentes barrios de la ciudad. Estos, a su vez, nos proporcionaron la posibilidad de contactar directamente con las personas de edades más avanzadas residentes en la misma.

En cuanto a la colaboración por parte de los estudiantes, ésta tuvo lugar de la forma siguiente: en primer lugar se tuvo una reunión con ellos en la que se les pedía que colaboraran en el estudio, aplicando la entrevista a alguna persona mayor de 65 años que conociesen, por ejemplo, a sus abuelos. En cuanto a la información referente a la investigación que se pretendía realizar fue muy general, como que se trataba de recabar datos referentes a distintos aspectos de la calidad de vida de los mayores. En segundo lugar, se tuvo una reunión con los estudiantes que aceptaron colaborar, en la que se les instruía sobre aspectos básicos de la entrevista, tales como la forma de presentarse a los participantes, la recogida de los datos y la forma de respuesta de cada cuestionario. En este sentido, las instrucciones más relevantes que se les dio fueron las siguientes:

previamente a la entrevista, debían explicar al sujeto brevemente su finalidad, en el sentido de que formaba parte de un estudio amplio con el que se trataba de conocer las opiniones, demandas y necesidades de las personas mayores. Se enfatizaba la importancia de su colaboración personal. Asimismo, se aseguraba a los participantes el anonimato de la encuesta, por lo que no se le recababan datos de identificación personal, tales como nombre, dirección o teléfono. Asimismo, se sugería a los encuestadores que procuraran elegir para realizar la entrevista, un momento en que la persona estuviera tranquila y relajada, evitando hacerlo, por ejemplo, en horas de la comida o de la siesta. De igual modo, debían intentar que durante la entrevista no hubiera presentes otras personas, como la pareja del participante, familiares o vecinos

4. RESULTADOS

a) Análisis preliminar de ítems

Antes de analizar la estructura factorial del test, se analizaron los índices de homogeneidad de los ítems. De este análisis, se anularon seis cuestiones que tenían una baja correlación con el total del test. Estas fueron las siguientes: *la mayoría de las personas mayores están aisladas socialmente; es conveniente para las personas mayores ir reduciendo las actividades que realizan; es conveniente para las personas mayores jubilarse entre los 60 y 65 años; dado que el trabajo es algo muy importante para las personas, es posible que la jubilación cause serios trastornos psicológicos; la vejez es el momento de descansar después de toda una vida dedicada al trabajo; el ejercicio físico no es recomendable para las personas mayores.* Igualmente, se anuló otro ítem por su baja comprensión por parte de los participantes: *los tratamientos psicológicos, como la psicoterapia, no son de utilidad para las personas mayores.*

b) Estructura factorial

Los 19 ítems restantes fueron sometidos a un análisis factorial de componentes principales con rotación Oblimin. Esta rotación fue seleccionada porque desde un punto de vista teórico parecía lógico suponer que los factores resultantes estuvieran correlacionados entre sí.

De este análisis factorial, se anularon cuatro ítems porque no se ajustaban de forma correcta a la solución factorial: *las personas mayores se aburren la mayor parte del tiempo; es casi imposible que las personas mayores puedan aprender cosas nuevas; a medida que las personas se hacen mayores son menos activas, y en general, las personas mayores son menos responsables que los adultos jóvenes.*

Finalmente, se realizó un análisis de componentes principales con rotación Oblimin con los quince ítems del cuestionario. Se han encontrado tres factores que explican, el 20,04%, el 17,68% y el 19,24% de la varianza, respectivamente. Las saturaciones se presentan en la Tabla 4, y las correlaciones entre los factores en la Tabla 5.

Tabla 4. Saturaciones de las variables

Factores	Ítems	Saturación
Factor 1: Salud	Deterioro de memoria	0,797
	Enfermedades mentales	0,649
	Fuerte deterioro de la salud	0,609
	Incapacidades por las que dependen de los demás	0,606
	El deterioro cognitivo es parte inevitable de la vejez	0,479
Factor 2: M-S*	Tienen menos interés por el sexo	0,779
	Las personas mayores tienen menos amigos	0,662
	Pérdida de interés por las cosas	0,563
	Incapaces de resolver los problemas	0,482
	No realizan un trabajo tan bien como los más jóvenes	0,402
Factor 3: C-P*	Se irritan y son cascarrabias	0,847
	Se vuelven más rígidas e inflexibles	0,577
	Son como niños	0,576
	Los defectos de la gente se agudizan con la edad	0,550
	“Chochean”	0,526

*M-S: Motivacional-social

*C-P: Carácter-personalidad

El primer factor, puede ser identificado como *Salud*. Todos los ítems tienen saturaciones positivas, por lo que una puntuación alta en el factor es indicativa de un mayor grado de estereotipo negativo referido a la salud física y mental.

El segundo factor, puede ser identificado como *Motivacional-social (M-S)*. Aquí también todos los ítems tienen saturaciones positivas, por lo que una puntuación alta en el factor es indicativa de un mayor grado de estereotipo negativo referido a aspectos de motivación y de relaciones interpersonales.

Finalmente, el tercer factor puede ser identificado como *Carácter-personalidad (C-P)*. Todos los ítems saturan positivamente, por lo que una puntuación más elevada en el factor indica mayor grado de estereotipo referido al carácter-personalidad.

Tabla 5. Correlaciones entre factores

	Salud	Motivacional-social
Salud		
Motivacional-Social	0,34	
Carácter-Personalidad	0,40	0,32

Las correlaciones entre los factores, como se observa en la Tabla 5, son positivos y moderados, superando el 0,30. Este resultado confirma la adecuación de realizar una rotación Oblimin.

c) Fiabilidad: consistencia interna

Para analizar la consistencia interna de los factores, se han calculado las respectivas alfas de Crombach. Éstas fueron de 0,67, 0,64 y 0,66 por los factores de salud, motivacional-social y carácter-personalidad, respectivamente. Asimismo, se analizaron los índices de homogeneidad de cada ítem del test definitivo. Las correlaciones entre los ítems y su respectivo total de los factores superan el 0,30 en

todos los casos, excepto en un ítem. Estos datos sugieren que hay una buena consistencia interna dentro de cada factor. Las correlaciones ítem-total se presenta en la Tabla 6.

Tabla 6 Correlación ítem-total de su respectivo factor.

Factores	Ítems	Correlación ítem-total
Factor 1:Salud	Deterioro de memoria	0,541
	Enfermedades mentales	0,432
	Fuerte deterioro de la salud	0,419
	Incapacidades por las que dependen de los demás	0,430
	El deterioro cognitivo es parte inevitable de la vejez	0,279
Factor 2: M-S	Tienen menos interés por el sexo	0,373
	Las personas mayores tienen menos amigos	0,401
	Pérdida de interés por las cosas	0,438
	Incapaces de resolver los problemas	0,446
	No realizan un trabajo tan bien como los más jóvenes	0,307
Factor 3: C-P	Se irritan y son “cascarrabias”	0,473
	Se vuelven más rígidas e inflexibles	0,391
	Son como niños	0,413
	Los defectos de la gente se agudizan con la edad	0,358
	“Chochean”	0,403

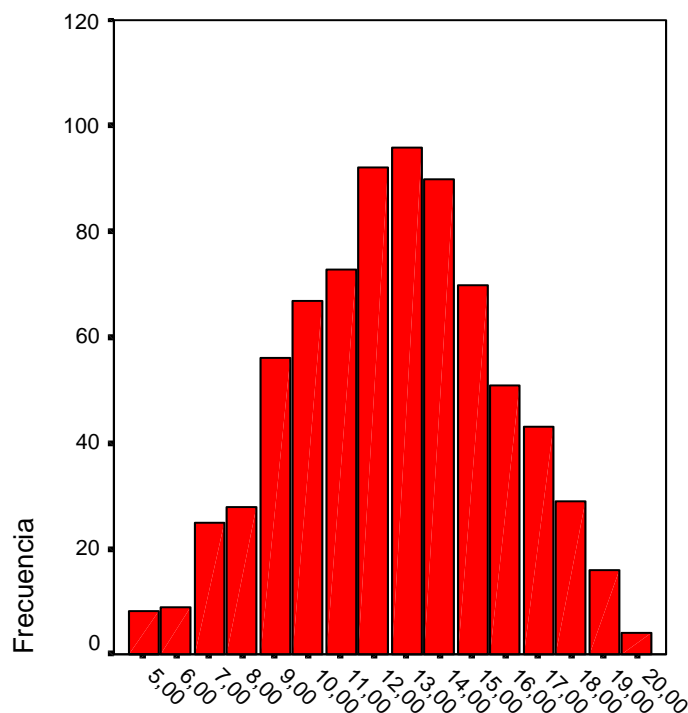
d) Descripción del test definitivo

De esta forma, el cuestionario final de estereotipos negativos de la vejez quedó formado por quince ítems, trece de ellos tomados del cuestionario de Montorio e Izal (1991), y otros dos, adaptados del cuestionario de Palmore (1988). A este instrumento le denominaremos *Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez* (CENVE). Este test arroja tres factores: salud, motivacional-social y carácter-personalidad, con cinco ítems cada uno, cuyo formato de respuesta sigue un modelo tipo Likert de cuatro escalones. El orden de los ítems se ha establecido alternando un ítem de cada factor.

Las puntuaciones en los factores pueden fluctuar entre cinco y veinte. Puntuaciones altas indican un elevado grado de creencia en los estereotipos negativos de la vejez, mientras que puntuaciones bajas indican poco nivel de creencia en tales estereotipos negativos. Este test se presenta en el Anexo (1).

Por otra parte, en relación con los estereotipos referidos a la salud, se ha encontrado una media de 12,6 puntos y una desviación típica de 3,12. La distribución de los datos en la muestra se representa en la figura 7. Como se observa, hay alrededor de treinta personas en cada extremo de la figura, que aparecen con puntuaciones menores de 8 y superiores a 18, lo que representan un nivel de creencia en los estereotipos muy bajo y muy elevado, respectivamente. En cambio, la mayor parte de los participantes obtienen puntuaciones intermedias, comprendidas entre 9 y 17.

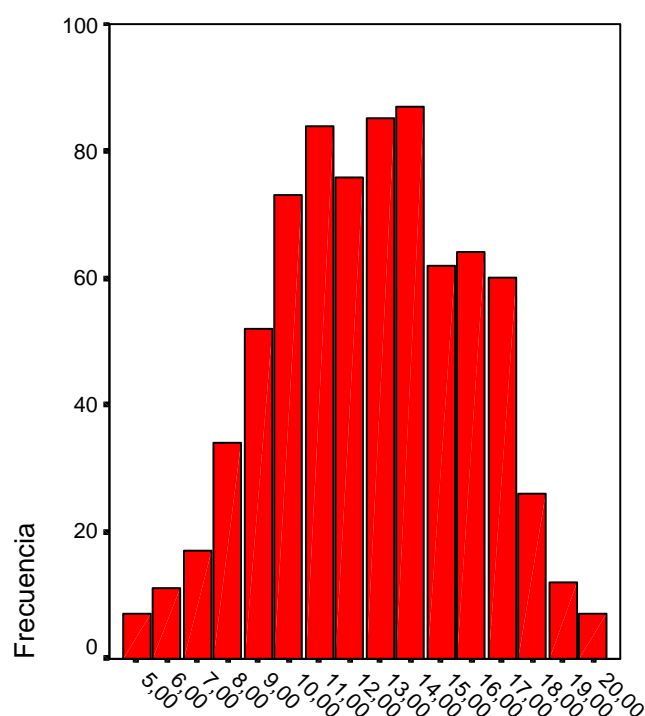
Figura 7. Distribución de los datos en el factor *Salud*



En lo que se refiere a los estereotipos del factor *motivacional-social*, se ha encontrado una media de 12,7 puntos y una desviación típica de 3,17. La distribución de los datos en la muestra se representa en la figura 8. Como se observa, las puntuaciones

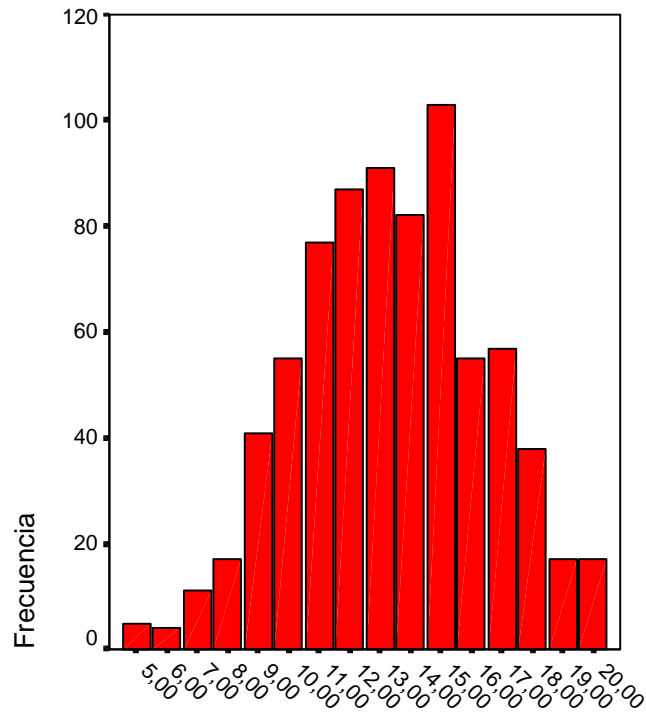
también se encuentran distribuidas aquí de forma similar al factor salud, en el sentido de que en los extremos hay un pequeño número de personas con bajo y alto nivel de creencia en estos estereotipos, mientras que la mayor parte de los participantes obtiene puntuaciones intermedias. No obstante, puede observarse que estos valores intermedios aparecen más elevados que los del factor *salud*.

Figura 8. Distribución de los datos en el factor *Motivacional-social*



Finalmente, en los estereotipos referidos al factor carácter-personalidad, se ha encontrado una media de 13,4 puntos y una desviación típica de 3,05. La distribución de los datos en la muestra se representa en la figura 9. Como se observa, es muy escaso el número de sujetos que aparecen en los dos extremos de la figura, los cuales representan un nivel de creencia muy bajo y muy alto, respectivamente, en los estereotipos del factor. En cambio, el gráfico muestra a un mayor número de sujetos, respecto a los factores de *salud* y *motivacional-social*, que presentan una elevada creencia en los estereotipos de este factor,

Figura 9. Distribución de los datos en el factor *Carácter-personalidad*



Como se observa en la gráfica, la distribución de la muestra se aproxima a la curva normal, con menor número de sujetos en los extremos y mayor número de sujetos en puntuaciones medias.

5. DISCUSIÓN

Con este estudio se ha alcanzado el objetivo que se pretendía, que era el de construir un instrumento para evaluar los estereotipos negativos de la vejez y acercarse al estudio de sus propiedades psicométricas. Así, se ha elaborado un cuestionario de 15 ítems, compuesto por tres factores, correspondientes al estereotipo negativo de la vejez en las dimensiones *salud*, *motivacional-social* y *carácter-personalidad*, cuyo proceso se ha explicado en el punto anterior.

Sobre las características que presenta este cuestionario desde un punto de vista metodológico, se puede decir que los factores están bien contruidos y que son homogéneos en cuanto al número de ítems que componen cada factor. Asimismo, las correlaciones entre los factores indican que las puntuaciones entre las tres dimensiones están relacionadas de forma directa.

Respecto a los tres factores del CENVE y al contenido de los ítems de los mismos, creemos que resultan coherentes con estudios previos (Cuddi y Fiske, 2002; Fernández-Ballesteros, 1992; Kite y Wagner, 2002; Palmore, 1988) en cuanto que la mayor parte de los estereotipos negativos sobre la vejez hacen referencia de una u otra forma al deterioro de estas tres áreas: salud, relaciones interpersonales e intereses vitales, y a la involución en aspectos del carácter y personalidad.

Así, en el factor *salud*, hay dos ítems que expresan afirmaciones acerca del deterioro general de la salud y a la aparición de discapacidades a partir de los 65 años. Los otros tres ítems del factor se refieren al deterioro cognitivo y de memoria, como inevitables, y a la existencia generalizada de enfermedades mentales en las personas mayores de 70 años.

En el factor *motivacional-social*, los tres primeros ítems están relacionados con las creencias en las carencias afectivas e interpersonales, así como en la falta de intereses vitales en las personas mayores. Los dos ítems restantes hacen alusión a la inferior capacidad para desempeñar de forma efectiva una actividad laboral.

En cuanto a los cinco ítems del factor *carácter-personalidad*, en ellos se hacen afirmaciones acerca de la rigidez mental y de los problemas de labilidad emocional que, supuestamente, son propios de las personas mayores. Asimismo, dos ítems (*son como niños* y *“chochean”*) expresan la idea, muy generalizada, de comportamientos por parte de las personas mayores como si volvieran a la infancia, lo que sugiere en ellos un debilitamiento del estatus de adulto.

Como los aspectos relativos a la falta de credibilidad científica que contienen los estereotipos se han visto en la parte teórica de esta tesis, no se va a insistir más en las creencias ingenuas que hacen equivalente la vejez con el deterioro físico, mental y psicológico. Está claro que los datos epidemiológicos muestran una mayor incidencia de enfermedades crónicas y de demencias a medida que se incrementa la edad, así como que se produce un enlentecimiento de determinadas habilidades físicas y psicológicas. Pero ello no quiere decir que aparezcan en todas las personas por igual, ni mucho menos justo a partir de una determinada edad, y tampoco que el declive experimentado afecte a todas las áreas vitales, incluso en edades muy avanzadas. Es decir, se hace necesario tener en cuenta la extrema variabilidad individual, por la que no se puede considerar la existencia de un patrón único de envejecer. Como señala Pinillos (1992, p. 16), “la vida humana no es solo biológica, sino que además es biográfica e histórica”.

Por todo ello, es importante resaltar de nuevo que los estereotipos negativos hacia la vejez como los que contiene el CENVE, proceden de conocimientos obsoletos y parciales. En efecto, no cabe duda que el atribuir a la mayoría de las personas con 65 años toda una serie de enfermedades, discapacidades mentales y físicas, carencias socioafectivas o alteraciones de la personalidad y carácter, implica caer en errores de sobregeneralización sobre datos parciales acerca de la vejez.

No obstante, lo más importante de estas creencias, es la influencia que pueden tener en las personas a quienes se dirigen. Por lo tanto, con el fin de acercarnos algo más a la comprensión de este fenómeno, pasamos al siguiente objetivo propuesto. Éste consiste en analizar si existen relaciones entre la puntuación obtenida en el CENVE por la población de las personas mayores de la muestra, y algunas variables que se refieren a una diversidad de aspectos vitales.

ESTUDIO 2

1. INTRODUCCIÓN

Hay estudios que han demostrado que las expectativas que se mantienen sobre un acontecimiento influye y a veces determina lo que ocurre en la realidad, a modo de profecía de autocumplimiento. En este sentido, como se ha visto en la parte teórica, los estereotipos influyen negativamente en el comportamiento humano.

Por otra parte, se ha encontrado que las personas mayores sostienen los estereotipos de la vejez en mayor medida que las poblaciones más jóvenes. Autores como Levy (2002) o Salvarezza (1998) sostienen que cuando las personas llegan a la vejez pueden pasar a proyectar sobre sí mismos los estereotipos que han sostenido durante toda su vida, de forma que las expectativas que contienen podrían pasar a actuar contra ellos mismos. Este aspecto se pondría de manifiesto, por ejemplo, bajo la forma de llegar a pensar que determinados acontecimientos negativos circunstanciales que experimentan, son propios de la edad e inevitables. Como dice Salvarezza (1998, p. 37), los mayores llegan a “quedar atrapados, víctimas de sus propios prejuicios, al desconocer la realidad de la vejez”, por lo que corren el riesgo de hacerla equivalente a la enfermedad.

En esta misma línea, Yubero y Larrañaga (1999, p. 64) en su estudio sobre la imagen social del anciano en alumnos universitarios, afirman: “la imagen negativa y falsa que se confecciona del anciano no es inocente, ya que daña y perjudica seriamente a este colectivo. Esto se verá reflejado negativamente no sólo en la autoimagen de las personas mayores y su nivel de expectativas, sino también en las personas que les rodean, los profesionales que intervienen y en el diseño de programas de y políticas de atención a las personas mayores”.

Lo más importante, pues, es resaltar que tales percepciones hacia la vejez por parte de los profesionales, pueden dañar y perjudicar a este grupo de edad, puesto que

parece claro que influyen en las propias personas mayores con el riesgo, ya indicado, de actuar negativamente sobre la salud física y psíquica de las mismas.

Este aspecto se pone también de relieve en un documento de la OMS (1990), en el que se sostiene que las expectativas de funcionamiento sobre la vejez contenidas en los estereotipos sociales actúan negativamente sobre la salud de las personas mayores. De esta forma, puesto que la definición de la salud abarca el bienestar físico, psicológico y social (OMS,1990) parece que se deben estudiar en referencia a la salud de las personas mayores, una variedad de elementos comportamentales y sociales que, a su vez, influyen en lo biológico. Así, es necesario tener en cuenta determinados aspectos psicosociales que han demostrado repetidamente que actúan como promotores y protectores de la salud física y mental en las personas de edad avanzada. Es el caso, por ejemplo, del nivel de actividad, la calidad de las relaciones interpersonales o el sentimiento de control sobre la propia vida.

En este sentido, el objetivo de este estudio es analizar la relaciones de los estereotipos con otras variables. Nuestro propósito en el estudio siguiente es comprobar si se pueden vincular las creencias negativas hacia la vejez que sostienen los propios mayores con algunos de los aspectos vitales a los que se refieren dichas creencias.

2. OBJETIVOS

En este segundo estudio se comprueba, en primer lugar, si las puntuaciones que los participantes obtienen en el cuestionario de estereotipos negativos elaborado en el estudio 1 (CENVE) guardan relación con una serie de variables, *sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*, que se han incluido en una entrevista elaborada para este propósito. Los objetivos propuestos en este estudio se pueden concretar de la forma siguiente:

1.- Analizar las relaciones entre la puntuación obtenida en el CENVE y variables sociodemográficas tales como: *edad, nivel de estudios, estado civil y sexo*,

2.- Analizar las relaciones entre la puntuación obtenida en el CENVE, con variables psicosociales tales como: *forma de convivencia, responsabilidades hacia otros, salud*

subjetiva, frecuencia de visitas al médico, edad subjetiva, participación en actividades sociales comunitarias, participación religiosa y actividad física mantenida.

3.- Analizar las relaciones entre la puntuación obtenida en el CENVE con variables psicológicas tales como: *autoestima, optimismo, actitud hacia la propia vejez y salud relacionada con la calidad de vida.*

3. MÉTODO

3.1. Participantes

La muestra que ha participado en este estudio es la misma que la que se ha empleado para realizar el estudio anterior. Así, recordamos que la población estudiada está compuesta por 757 personas mayores de 65 años, residentes en Málaga capital y provincia. Todas ellas son personas jubiladas y que no viven en residencias.

3.2. Material

Se han utilizado el cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE), ya descrito en el estudio anterior, y una entrevista estructurada, que contenía los dos conjuntos de variables, *sociodemográficas y psicosociales*. Igualmente, se han administrado las escalas estandarizadas a las que se les ha denominado *variables psicológicas*. Éstas son las siguientes: *Cuestionario de Autoestima* de Rosenberg (1965); *Test de Optimismo Disposicional*, de Scheier y Carver (1994); *Actitud hacia el propio envejecimiento*, subescala perteneciente al *Cuestionario de Satisfacción Geriátrica de Filadelfia*, de Lawton (1975) y el *Perfil de Salud de Nottingham*, de Hunt, McEwen y McKena (1986)

A continuación se hace una descripción más exhaustiva de los instrumentos empleados.

a) La entrevista

Se trata de una entrevista estructurada, dividida en dos partes. En la primera de ellas se recogen las variables sociodemográficas que se han estudiado, mientras que en

la segunda parte se introducen las variables psicosociales que, a la luz de estudios previos, se han considerado relevantes para los objetivos propuestos. La entrevista se presenta en el Anexo (2).

En la construcción de la entrevista se ha tenido en cuenta la fácil comprensión de las preguntas y la rapidez de aplicación, con el fin de paliar en lo posible los efectos de la fatiga, circunstancia que no se puede obviar teniendo en cuenta la avanzada edad de muchos de los participantes. Se ha evitado incluir respuestas abiertas así como categorías del tipo *no sabe, no contesta*, puesto que en opinión de autores como Hernández-López (2000) este tipo de opción no aporta información relevante, y más bien puede potenciar resultados sesgados. Es decir, según este autor, tales categorías facilitan el que las personas que no tienen interés en responder a la entrevista, utilicen de forma excesiva esta posibilidad de respuesta.

A continuación se van a describir las variables que contenía la entrevista. Teniendo en cuenta los marcos teóricos que hemos desarrollado anteriormente, se han seleccionado los siguientes contenidos:

Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas que se han incluido en la entrevista, han sido las que se presentan a continuación:

- *Edad*
- *Nivel de estudios*. Hay 3 categorías de respuesta en esta variable: *menos de enseñanza primaria, enseñanza primaria y bachillerato o más*.
- *Estado Civil*: con 4 categorías: *casados, viudos, solteros y divorciados*. Sin embargo, los solteros y divorciados no se han tenido en cuenta en los análisis porque su pequeño número provocaba casillas vacías en el diseño
- *Sexo*

Variables psicosociales

La variable *forma de convivencia* se presenta con tres alternativas de convivencia: *solo, acompañado y en casa de algún familiar*.

La *responsabilidad hacia otros* se ha recogido por medio de la pregunta: *¿Tiene Usted. a su cargo o cuidado a algún hijo, nieto, o a un familiar enfermo o discapacitado?* La forma de respuesta es dicotómica: *si/no*.

La variable *salud subjetiva* se construyó con la pregunta *¿Cual cree que es su estado de salud en relación con las personas de su edad?* con tres alternativas de respuesta: *mejor, igual y peor que la de la mayoría de las personas de mi edad*.

La variable *frecuencia de visitas al médico* estaba formada por la pregunta siguiente *¿Con qué frecuencia acude Ud. al médico?* y cuatro posibilidades de respuesta: *una vez al mes o más, cada 2 ó 3 meses, 2 ó 3 veces al año, 1 vez al año o menos*.

La *percepción subjetiva de la edad* se ha operativizado por medio de la pregunta siguiente: *independientemente de su edad, ¿con cuantos años se siente?* y tres posibilidades de respuesta: *con menos años, con los mismos años, con más años que los que tengo*.

La variable *participación en actividades sociales comunitarias*, se presenta de la forma siguiente: *Señale el tipo de actividades comunitarias en que participa y la frecuencia con que lo hace: centro de mayores, voluntariado social, clubes o asociaciones*. Cada una de ellas presenta tres alternativas de respuesta: *frecuentemente (al menos 2 ó 3 veces por semana), algunas veces (1 ó 2 veces al mes) y nunca*. Con todas estas actividades se ha formado una sola variable, en la que no se ha tenido en cuenta el tipo de actividad realizada, sino solamente la frecuencia de participación en una o varias de ellas.

La variable *participación en actividades religiosas* estaba planteada de la forma siguiente: *¿Con qué frecuencia asiste Ud. a actividades religiosas?* y tres posibilidades de respuesta: *frecuentemente (al menos 2 ó 3 veces por semana), algunas veces (1 ó 2 veces al mes) y nunca*.

La variable *nivel de actividad física*, estaba planteada del modo siguiente: *¿Cuál de las siguientes frases describe mejor el nivel de ejercicio físico que tiene Ud. normalmente?* con cuatro posibilidades de respuesta: *realizo actividad física regularmente (al menos 1 hora 3 ó 4 veces por semana: gimnasia, pasear, deporte), hago alguna actividad física 3 ó 4 veces al mes, hago solo la actividad doméstica normal (compra, arreglo de la casa, hacer la comida), estoy casi completamente inactivo.*

Variables psicológicas

Al tercer conjunto de variables estudiadas, al que se ha dado el nombre genérico de *variables psicológicas*, se corresponden con cuatro escalas de medida ya existentes. Con las dos primeras se van a recoger datos referentes a dimensiones de personalidad (autoestima y optimismo). La tercera de ellas forma parte de una escala gerontológica específica, y mide la actitud hacia el propio envejecimiento. Por último, el cuarto instrumento es una medida de percepción de la salud relacionada con la calidad de vida.

b) Cuestionario de Autoestima

El autor de esta escala, Rosenberg (1965), define la autoestima como *una* variable que refleja la actitud global que una persona mantiene sobre su valía e importancia. Rosenberg construyó esta escala de tal modo que midiera solamente la actitud global de una persona hacia sí misma, en un único factor de autoestima. Por lo tanto, se trata de un instrumento unidimensional (Salgado y Iglesias, 1995).

En su origen, la escala fue diseñada para estudiar la autoestima en adolescentes (Rosenberg, 1965), pero se ha empleado como un instrumento de personalidad relacionado con una gran cantidad de variables del ámbito de la psicología, tanto del campo educativo como en el social y en el laboral, entre otros. Asimismo, ha sido ampliamente utilizada en investigaciones con todos los grupos de edad, y también es considerada como una medida adecuada de la autoestima en personas ancianas, (Breytspraak y George, 1979; Duffy y McDonald, 1990; Krause, 1987; Ranzijn, Keeves, Luszcz y Feather, 1998)

Aunque posteriormente a la aparición de esta escala se han desarrollado otros instrumentos similares, como los cuestionarios de autodescripción de Marsch (1989; 1992, 1996), hay pocas investigaciones sobre las propiedades psicométricas de las mismas, sobre todo en muestras de sujetos ancianos. En cambio, la escala de Rosenberg ha sido más estudiada en este aspecto, y sigue siendo considerada como uno de los mejores instrumentos de medida de la autoestima global, lo que es debido, tanto a la facilidad y rapidez de su aplicación, como a sus propiedades psicométricas de fiabilidad y validez, que han sido repetidamente comprobadas.

La escala original consta de diez ítems, cinco de los cuales están redactados de forma positiva y otros cinco de forma negativa. Los sujetos deben responder empleando una escala tipo Likert de cuatro puntos: *muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo*. La puntuación de la escala se obtiene sumando la puntuación de los ítems positivos y la de los ítems negativos después de invertir las puntuaciones de estos últimos, de forma que puntuaciones altas corresponden a una mayor autoestima. Este instrumento se ha incluido en el Anexo (3).

c) Test de Optimismo

Scheier y Carver (1985) consideran el *Optimismo Disposicional* como una característica de la personalidad a la cual definen como *la tendencia a creer que uno obtendrá en la vida más resultados positivos que negativos* (Scheier y Carver, 1992, p.203). El *Life Orientation Test* (LOT) es el instrumento que construyen para medir esta característica de personalidad.

Originariamente, esta escala estuvo formada por doce ítems, de los cuales cuatro de ellos no se tenían en cuenta para la puntuación final. De los ocho ítems restantes, que se referían a las expectativas de la gente sobre acontecimientos generales de la vida, la mitad de ellos tenían un contenido optimista y la otra mitad un contenido pesimista. Con posterioridad, esta prueba fue modificada (Scheier, Carver y Bridges, 1994) y quedó reducida a diez ítems, conservándose los cuatro de relleno. Así, la medida de optimismo disposicional en esta versión se obtiene a través de seis ítems, tres de los cuales están redactados en sentido positivo y los otros tres en sentido negativo. Estos ítems puntúan según una escala de respuesta tipo Likert con cinco

posibilidades: *muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo, muy de acuerdo*. La puntuación total de optimismo disposicional, que oscila entre 0 y 24, se obtiene sumando todas las puntuaciones, una vez recodificadas las frases redactadas en sentido negativo. La puntuación más elevada corresponde a un mayor grado de optimismo. Carver y Bridges (1994) encontraron un alfa de Crombach de 0,78 para esta versión de la escala.

Para el trabajo que aquí realizamos, se ha utilizado la versión del LOT de seis elementos realizada por Scheier, Carver y Bridges (1994) en adaptación de Fernández y Bermúdez (1999). No obstante, en las entrevistas con los sujetos de la muestra se han incluido también los cuatro ítems de control que aparecen en la versión original de la escala. Esta escala se encuentra recogida en el Anexo (4).

d) Actitud hacia el propio envejecimiento

Los estudios sobre el estado de ánimo han supuesto el mayor foco de investigaciones en gerontología social durante décadas (Larson, 1978). En el Cuestionario de Satisfacción Geriátrica de Filadelfia, un estado de ánimo elevado se caracteriza por una sensación de satisfacción consigo mismo, por la aceptación tanto de lo que se ha conseguido, como de lo que no puede ser modificado ya en la existencia de la persona (Lawton, 1972).

La escala original estaba compuesta por 22 elementos de respuesta dicotómica (si/no). La muestra que se empleó en su elaboración fue de 300 ancianos institucionalizados, mientras que la que se utilizó en la versión definitiva fue de 1.086 ancianos, tanto institucionalizados como integrados en la comunidad (Montorio, 1994). Posteriormente Lawton (1975) hizo otra versión de la escala con 17 ítems, que es la que se ha empleado en este estudio.

En cuanto a las propiedades psicométricas de la escala, hay que decir, en referencia a su estructura factorial, que en el análisis factorial de la versión original compuesta por 22 ítems, se encontraron seis factores: *sugerencia; actitud hacia el propio envejecimiento; satisfacción con el status quo; agitación; optimismo e Insatisfacción con la soledad*. En la versión posterior de Lawton (1975) se han encontrado tres factores:

agitación, referida a los ítems relacionados con la ansiedad; *actitud hacia el propio envejecimiento* que da cuenta de la autovaloración que el sujeto hace respecto a su propio envejecimiento, e *insatisfacción con la soledad*, que evalúa el nivel de satisfacción del sujeto en relación con las interacciones sociales que mantiene.

Una adaptación de la versión de 17 ítems a la población española, ha sido realizada por Montorio (1990) empleando una muestra de 100 ancianos institucionalizados. Este autor considera que la escala reúne unas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez adecuadas.

En este estudio se ha utilizado la adaptación de la escala de Filadelfia elaborada González y Salgado (1995) que consta de 17 elementos redactados en forma interrogativa. De ella, se han seleccionado los cinco ítems que hacen referencia explícita al proceso de envejecimiento, los cuales corresponden al factor *actitud hacia el propio envejecimiento*. Puntuaciones altas en esta dimensión equivalen a mejor actitud hacia el propio proceso de vejez. Este instrumento se encuentra recogido en el Anexo (5).

e) Perfil de Salud de Nottingham

Los estudios con personas de edad avanzada que se proponen la evaluación de la salud en relación con determinados aspectos de calidad de vida están aumentando progresivamente. El término “calidad de vida” representa un amplio rango de dimensiones de la experiencia humana, ya que abarca desde sentimientos de felicidad y logro vital, a necesidades biológicas básicas. La calidad de vida ha sido considerada asimismo como una interacción dinámica entre condiciones externas al sujeto y las percepciones internas de dichas condiciones (Noro y Aro, 1996).

Uno de los instrumentos de medida que se está empleando cada vez con mayor frecuencia es el Perfil de Salud de Nottingham (NHP) de Hunt, McEwen y McKena (1986). Esta escala explora varias dimensiones relacionadas con problemas físicos, médicos y sociales. Su empleo con personas de edad avanzada es coherente, puesto que las limitaciones en las habilidades funcionales son comunes entre esta población y representan un factor de riesgo de institucionalización (Noro y Aro, 1996).

La escala consta de dos partes. La primera de ellas está compuesta por 38 ítems de respuesta dicotómica (*si/no*). Estos ítems corresponden a seis dimensiones de la salud: *energía*, *dolor*, *reacciones emocionales*, *aislamiento social*, *sueño* y *movilidad*. El número de elementos que componen cada dimensión son los siguientes: en la dimensión *energía* hay tres ítems, en la dimensión *dolor*, ocho ítems, en la dimensión *reacciones emocionales*, nueve ítems; en la dimensión *sueño* hay cinco ítems, la dimensión *aislamiento social* está representada por cinco ítems y, finalmente, la dimensión *movilidad* contiene ocho ítems. La segunda parte de la prueba no suele tenerse en cuenta en la mayoría de los estudios (Jenkinson, 1994).

Todd, Mackay-Meakin, Llewelyn, Pryor, Parker, y Willians (1994), afirman que esta prueba posee unas propiedades psicométricas básicas cuando se ha utilizado con personas ancianas. Asimismo Reig (2002), en nuestro país, ha destacado la calidad de las propiedades psicométricas del NHP y lo incluye entre los instrumentos genéricos más válidos para evaluar el bienestar psicológico de personas mayores en relación con la salud.

La adaptación española del NHP ha sido realizada por Alonso, Antó y Moreno (1990) y Alonso, Prieto y Antó (1994), los cuales utilizaron una muestra de 1.220 sujetos de más de 40 años. La validación de la versión española del NHP se ha realizado con otras escalas de salud, como la *Sickness Impact Profile (SIP)* y la *Short Form 36 Health (SF-36)* (Alonso et al., 1994). En el estudio de la consistencia interna de las diferentes dimensiones se encontraron niveles de fiabilidad de 0,58 a 0,85, empleando el Alfa de Crombach. La versión del NHP que se ha utilizado en este estudio es la de Alonso et al (1990). Solamente se ha empleado la primera parte de la escala, compuesta por 38 elementos.

La corrección de esta escala se hace introduciendo las opciones de respuesta de los ítems en la base de datos como aparecen codificadas en el cuestionario ($si=1$; $no=0$). Para el cálculo de la puntuación de cada una de las dimensiones, se suman los valores de los ítems que componen la dimensión y se divide por el número total de ítems de la dimensión. El valor obtenido se multiplica por 100, para obtener una puntuación entre 0 y 100. Para el cálculo de la puntuación global, se calcula la media de todas las

dimensiones del NHP. Puntuaciones altas equivalen a un perfil de salud más deficiente. Este instrumento se encuentra recogido en el Anexo (6).

3.3. Procedimiento

La muestra que ha participado en este trabajo es la misma que la del estudio anterior. Así, se recuerda que se contactó con los participantes por medio del alumnado de primer curso de varias especialidades de Magisterio. Asimismo, el Excmo. Ayuntamiento de Málaga, a través del Área de Bienestar Social, nos facilitó reuniones con los representantes de las asociaciones de mayores de la ciudad, quienes, a su vez, nos pusieron en comunicación con las personas más ancianas residentes en la misma.

Todos los participantes colaboraron de forma voluntaria, siendo visitados en su domicilio o en el lugar que ellos indicaron (por ejemplo, en el centro de día de su zona) por un entrevistador que les explicaba el objetivo del estudio de una forma general, en el sentido de que se trataba de obtener información sobre diferentes aspectos de la calidad de vida de las personas mayores. A continuación se les pedía que respondieran al cuestionario, ayudándoles cuando era necesario y aclarándoles las dudas que aparecían en la comprensión de los ítems. El tiempo tardado en cada entrevista osciló entre 30 y 60 minutos. Se excluyó a las personas que no podían contestar por enfermedad o que se encontraban incapacitadas. El tiempo empleado en completar las entrevistas a los 757 participantes del estudio, ha sido de 17 meses, en el periodo comprendido entre octubre de 2000 y febrero de 2002.

La cumplimentación de la entrevista y de los distintos cuestionarios se hacía leyendo al sujeto cada pregunta y las posibilidades de respuesta, aclarándole lo que no entendiera, y manteniendo durante toda la entrevista una actitud neutral. En el caso de que el sujeto pidiera la opinión del entrevistador para responder, se le debía animar a dar la respuesta que él *“cree que es la más cierta en la actualidad”*, o bien *“según se ha sentido en las dos últimas semanas”*. También se les decía a los entrevistadores que aplicaran los cuestionarios haciendo pequeñas pausas si notaban que la persona estaba cansada. En estos casos, se les sugería también que entrevistaran al sujeto en dos días diferentes, o en varios momentos a lo largo del día. Finalmente se les pedía que, antes de despedirse del encuestado, revisaran que todas las preguntas estuvieran

respondidas, y que cuidaran de anotar la *edad, el sexo y el estado civil* del participante en cada uno de los cuestionarios.

Posteriormente, se tuvo otra entrevista con los estudiantes que habían colaborado, en la que estos entregaban los cuestionarios que habían realizado, y se les preguntaba por posibles dudas o problemas que hubieran encontrado. Asimismo, se les pedía un teléfono de contacto por si era necesario aclarar alguna cuestión que se encontrara al procesar los datos de las entrevistas realizadas.

Por otra parte, se contactó telefónicamente con las personas de edades más avanzadas, por encima de 85 años, que vivían en Málaga. En esta primera comunicación se les explicaba someramente el motivo de la entrevista, se pedía su colaboración, y en caso de aceptar, se acordaba con el sujeto el día, hora y lugar para realizar la entrevista. La mayor parte de estas entrevistas se cumplieron en el propio domicilio del participante, aunque también algunas se realizaron en centros de mayores. El número de estas entrevistas fue alrededor de 80.

4. RESULTADOS

Para analizar las diferencias en estereotipos según las variables demográficas y psicosociales, se han realizado análisis multivariante de la varianza (MANOVA) o de la covarianza (MANCOVA), considerando como variables dependientes (VD) las puntuaciones factoriales obtenidas en los tres componentes del análisis factorial del cuestionario CENVE: *salud, motivacional-social y carácter-personalidad*. Una puntuación factorial positiva es indicativa de un mayor grado de estereotipos y una negativa, de un menor grado del mismo. Estas puntuaciones factoriales han sido multiplicadas por 10 para reducir el número de decimales.

En el caso de que se obtenga un efecto significativo, para averiguar la contribución de cada VD a las diferencias según el factor introducido, se ha realizado un análisis por pasos (*stepdown analysis*) con sucesivos análisis univariantes de varianzas (ANOVA) y covarianzas (ANCOVA). En este análisis, en primer lugar, se realiza un ANOVA con la VD de mayor prioridad. Si ésta es significativa, se analiza la segunda variable en un ANCOVA, introduciendo la primera como covariable. Finalmente, si las

diferencias en cuanto a la segunda VD también resulta significativa, se analiza la tercera en un ANCOVA, introduciendo las dos primeras como covariables. De esta forma, se realizan sucesivos ANCOVA con las VD de mayor prioridad como covariables. Las variables de mayor prioridad se han seleccionado siguiendo criterios teóricos o estadísticos, dependiendo de cada caso particular. Puesto que en el estudio anterior se obtuvo que los factores del CENVE estaban interrelacionados, procede este tipo de análisis de covarianza paso a paso, para captar las relaciones de las variables una a una pero considerando la influencia de las otras dos.

Finalmente, se ha realizado un análisis de la correlación canónica con objeto de evaluar la relación de los estereotipos con las variables psicológicas tales como *autoestima, optimismo, actitud hacia la propia vejez y salud relacionada con la calidad de vida*. Este análisis es útil cuando queremos conocer cómo se relacionan dos conjuntos de variables, uno formado por variables predictoras y compuesto por las tres dimensiones de estereotipos negativos de la vejez, y otro formado por variables criterio, extraídas de los cuestionarios de las variables psicológicas.

4.1. Relación con variables sociodemográficas

En la Tabla 7 se muestran los resultados encontrados en la entrevista referidos a las variables sociodemográficas abordadas, en cuanto a la forma de respuesta y distribución de la muestra por ítem.

Tabla 7. Variables sociodemográficas abordadas en la entrevista. Forma de respuesta y distribución de la muestra por ítem.

EDAD	NIVEL DE ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	SEXO
65-70: N=230; (30%)	Menos de primaria : N= 374; (49%) Enseñanza primaria: N= 285; (38%) Bachiller/ F.P o más: N= 77; (10%)	Casados: N= 393 ; (52%)	Mujeres: N=399 ; (53%) Hombres: N=358; (47%)
71-75: N=191; (25%)		Viudos: N=330 ; (44%)	
76-80: N=152, (20%)		Mujeres: Casadas:N=128; (34%) Viudas:N=252; (66%)	
+ 80: N= 184;(24%)		Hombres: Casados:N=265; (77%) Viudos:N=78; (23%)	

Edad

Para analizar las diferencias según la edad en relación con los estereotipos, se ha realizado un MANOVA. La edad ha sido clasificada en cuatro grupos: 65-70, 71-75, 76-80 y más de 80 años. Las variables dependientes han sido las tres puntuaciones factoriales obtenidas en los tres componentes del cuestionario CENVE.

El análisis arroja diferencias significativas en función de la edad [$F(9,2259)=6,05$; $p<0,001$]. Para averiguar la contribución específica de cada variable, se ha realizado, en primer lugar, un ANOVA con la puntuación en la escala de salud. Este análisis revela una contribución significativa de esta variable [$F(3,753)=5,66$; $p=0,001$]. Las medias se presentan en la Tabla 8, mostrando, en líneas generales, que los estereotipos referentes a la salud aumentan según la edad.

En segundo lugar, se ha realizado un ANCOVA con la puntuación en la escala de salud como covariable y en la escala de motivación como VD. El análisis arroja diferencias significativas en función de la edad [$F(3,752)=10,85$; $p<0,001$]. En la Tabla 8, se muestran las medias ajustadas a la covariable, indicando que los estereotipos referidos a la motivación aumentan en función de la edad.

Finalmente, se ha realizado un ANCOVA con la puntuación en las escalas de salud y motivación como covariables y en la escala de personalidad como VD. El análisis no muestra diferencias en función de la edad [$F(3,751)=1,98$; $p=0,11$].

Tabla 8. Medias de puntuaciones factoriales de las dimensiones de estereotipos referidos a la salud, motivacional-social y carácter-personalidad en función de la edad.

Variables de estereotipos	Medias para los grupos de edad				Contrastes por pares significativos
	65- 70 (a)	71-75 (b)	76- 80 (c)	+ 80 (d)	
Salud	-1,60	-0,84	2,19	1,06	a- c; a- d; b- c
Motivacional-social	-2,40	-0,48	1,05	2,64	a- c; a- d; b- d
Carácter-personalidad	0,18	0,87	0,24	-1,33	
<i>N= 752</i>					

Estudios, estado civil y sexo

Para analizar las diferencias según el nivel de estudios, estado civil y sexo en relación con los estereotipos, se ha realizado un MANCOVA 3x2x2 con la edad como covariable. El nivel de estudios ha sido clasificado en tres categorías: menos que primaria, primaria y bachillerato o más. En el estado civil se han considerado sólo dos modalidades: casado y viudo, puesto que el resto de categorías tenían una frecuencia muy baja. El último factor considerado ha sido el sexo, con dos niveles: hombre y mujer.

Los resultados encontrados en el MANCOVA se muestran en la Tabla 9, en el cual sólo ha resultado significativo el nivel de estudios. Para analizar la contribución específica de cada estereotipo, se ha realizado un ANCOVA univariante con la puntuación en la escala de salud como VD, el nivel de estudios como variable independiente y la edad como covariable. El análisis arroja diferencias significativas [$F(2,692)=7,05$; $p=0,001$], mostrando que el estereotipo referido a la salud disminuye

según aumenta el nivel de estudios. Las medias ajustadas a la edad y los contrastes entre grupos se presentan en la Tabla 10.

Tabla 9. Resultados del MANCOVA 3 x2 x2

F. V.	GI numerador	GI Error	F	P
Estudios	6	1382	2,91	0,07
Estado civil	3	690	1,86	0,13
Sexo	3	690	0,79	0,49
Estudios x E. Civil	6	1382	0,82	0,55
Estudios x Sexo	6	1382	1,43	0,19
Estado civil x Sexo	3	690	0,50	0,67
Estudios x E. Civil x Sexo	6	1382	0,89	0,49
N= 705				

Con objeto de analizar las diferencias en estereotipos referido a la motivación según el nivel de estudios, se ha realizado un ANCOVA, introduciendo la puntuación en la escala de salud y la edad como covariables. Los resultados no muestran significación estadística [$F(2,731)=1,97$; $p=0,13$], indicando que los estereotipos referidos a la motivación no varían según el nivel de estudios.

Finalmente, se ha realizado un ANCOVA, siendo la VD la puntuación en la escala de personalidad, y las covariables la edad y la puntuación en la escala de salud. Los resultados muestran diferencias significativas [$F(2,731)=3,14$; $p=0,04$], mostrando que los estereotipos referidos a la personalidad disminuyen según aumenta el nivel de estudios. Las medias ajustadas y los contrastes entre grupos se presentan en la Tabla 10.

Tabla 10. Medias de puntuaciones factoriales de las dimensiones de estereotipos referidos a la salud, motivacional-social y carácter-personalidad en función del nivel de estudios

Variables de estereotipos	Medias del nivel de estudios			Contrastes por pares significativos
	Menor que primaria (a)	Primaria (b)	Bachiller/FP o más (c)	
Salud	1,23	-0,39	-3,3	a- c
Motivacional-social	0,17	0,56	-1,79	
Carácter-personalidad	0.96	-0,42	-1,14	a- c
N= 731				

4.2. Relación con variables psicosociales

En la Tabla 11 se muestran los resultados encontrados en la entrevista referidos a las variables psicosociales abordadas, en cuanto a la forma de respuesta y distribución de la muestra por ítem.

Tabla 11. Variables psicosociales abordadas en la entrevista. Forma de respuesta y distribución de la muestra por ítem

<p>FORMA DE CONVIVENCIA</p> <p>En mi casa, solo: N= 158 (21%)</p> <p>En mi casa, acompañado: N=502 (66%)</p> <p>En la casa de un familiar: N=96 (13%)</p>	<p>RESPONSABILIDAD HACIA OTROS</p> <p>(hijo; nieto; familiar enfermo o discapacitado)</p> <p>SI : N= 222 (29%)</p> <p>NO: N = 535 (71%).</p>	<p>SALUD SUBJETIVA</p> <p>Mejor. N= 269 (36%)</p> <p>Igual. N= 396 (52%)</p> <p>Peor, N= 91 (12%)</p>	<p>FRECUENCIA DE VISITAS AL MÉDICO</p> <p>1 vez al mes o más : N=370 (49%)</p> <p>Cada 2 / 3 meses : N= 175 (23%)</p> <p>De 2 / 3 veces al año: N= 118 (16%)</p> <p>1 vez al año o menos : N=92 (12%)</p>
<p>EDAD SUBJETIVA</p> <p>Con menos años: N= 315 (42%)</p> <p>Con los mismos años: N= 338 (45%)</p> <p>Con más años: N= 104 (13%)</p>	<p>PARTICIPACIÓN SOCIAL COMUNITARIA</p> <p>Frecuentemente: N= 175 (23%)</p> <p>Algunas veces: N= 102 (14%)</p> <p>Nunca: N=480 (63%)</p> <p>Centro de mayores: N=195; (25%)</p> <p>Asociaciones : N= 131; (19%)</p> <p>Voluntariado social: N= 40; (5%)</p>	<p>PARTICIPACIÓN RELIGIOSA</p> <p>Frecuentemente: N= 196 (26%)</p> <p>Algunas veces: N= 231 (31%)</p> <p>Nunca: N=330 (43%)</p>	<p>ACTIVIDAD FÍSICA MANTENIDA</p> <p>Regularmente: N=283 (37%)</p> <p>3 ó 4 veces al mes: N= 104 (14%)</p> <p>Solo la actividad doméstica normal: N= 254 (34%)</p> <p>Casi inactivo: N= 115 (15%)</p>

Forma de convivencia/responsabilidad hacia otros

Se han considerado dos variables relacionadas con la convivencia familiar: lugar y forma de convivencia, con tres categorías: *en casa propia sólo*, *en casa propia acompañado*, *en casa de un familiar*, y responsabilidades hacia otras personas con dos modalidades: *sí* y *no*. Para analizar las diferencias según estas variables en relación con los estereotipos, se ha realizado un MANOVA 3x2. Los resultados se muestran en la Tabla 12.

El único efecto significativo ha sido el referido a la variable *responsabilidades hacia otras personas*. Para analizar la contribución específica de cada estereotipo, se ha realizado un ANOVA univariante con la puntuación en la escala de motivación como VD. El análisis arroja diferencias significativas [$F(1,750)=6,01$; $p=0,01$], mostrando que el estereotipo referido a la motivación es menor en aquellos participantes que tienen alguna persona a su cargo. Las medias se presentan en la Tabla 13.

Tabla 12. Resultado del MANOVA 3 x 2

F.V.	Gl.	Gl. del error	F	P
Forma de convivencia	6	1498	0,877	0,511
Responsabilidad hacia otros	3	748	3,57	0,014
Forma de convivencia x responsabilidades hacia otros	6	1498	1,368	0,224

Con objeto de analizar las diferencias en estereotipos referido a la salud, se ha realizado un ANCOVA, introduciendo la puntuación en la escala de motivación como covariable. Los resultados no muestran significación estadística [$F(1,754)=0,31$; $p=0,57$], indicando que los estereotipos referidos a la salud no varían según si se tiene o no una persona a su cargo. Este análisis tampoco ha arrojado diferencias significativas en relación con los estereotipos referidos a la personalidad [$F(1,754)=1,27$; $p=0,25$].

Tabla 13. Medias de puntuaciones factoriales de las dimensiones de estereotipos referidos a la *salud*, *motivacional-social* y *carácter-personalidad* en función de si tiene responsabilidades hacia otras personas

VARIABLES DE ESTEREOTIPOS	NO	SI
Salud	0,12	-0,29
Motivacional-social	1,79	-1,29
Carácter-personalidad	-0,25	0,60
<i>N</i> = 756		

Salud subjetiva

Para analizar las diferencias según la salud subjetiva en relación con los estereotipos, se ha realizado un MANOVA. La salud subjetiva se ha clasificado en tres niveles: *peor salud que la mayoría de personas de mi edad*, *igual salud*, y *mejor salud que la mayoría de personas de mi edad*.

El análisis arroja diferencias significativas en función de la salud subjetiva [$F(6,1504)=3,971$; $p<0,001$]. Para averiguar la contribución específica de cada variable, se ha realizado, en primer lugar, un ANOVA con la puntuación en la escala de salud. Este análisis revela una contribución significativa de esta variable [$F(2,753)=5,275$; $p=0,005$]. Las medias se presentan en la Tabla 14 mostrando, en líneas generales, que los estereotipos de salud son mayores en las personas que perciben su salud peor que la de personas de su edad.

En segundo lugar se ha realizado un ANCOVA con la puntuación en la escala de salud como covariable y en la escala de motivación como VD. El análisis arroja diferencias significativas en función de la salud percibida [$F(2,752)=3,76$; $p=0,02$], indicando de nuevo mayores estereotipos en las personas que piensan que su salud es peor que la de otras personas de su edad.

Tabla 14. Medias de puntuaciones factoriales de las dimensiones de estereotipos referidos a la salud, motivacional-social y carácter-personalidad en función del nivel de la salud subjetiva.

Variables de estereotipos	Medias según salud subjetiva			Contrastes por pares significativos
	Peor salud (a)	Igual salud (b)	Mejor salud (c)	
Salud	2,44	0,36	-1,28	a- c
Motivacional-social	2,53	-0,32	-0,39	a- b; a- c; b- c
Carácter-personalidad	0,79	-0,75	0,82	
N= 753				

Finalmente se ha realizado un ANCOVA con la puntuación en las escalas de salud y motivación como covariables y en la escala de personalidad como VD. El análisis no muestra diferencias significativas en función de la salud percibida [$F(2,751)=2,881$; $p=0,06$].

Frecuencia de visitas al médico

Para analizar las diferencias según las visitas al médico en relación con los estereotipos, se ha realizado un MANOVA unifactorial. Las visitas al médico se han clasificado según la frecuencia de las mismas en cuatro grupos: *1 vez al mes, cada 2 ó 3 meses, 2 ó 3 veces al año y 1 vez al año o menos*.

El análisis arroja diferencias significativas en función de las visitas al médico [$F(9,2253)=2,30$; $p=0,01$]. Para averiguar la contribución específica de cada variable, se ha realizado, en primer lugar, un ANOVA con la puntuación en la escala de salud. Este análisis revela una contribución significativa de esta variable [$F(3,751)=5,663$; $p=0,001$]. Las medias se presentan en la Tabla 15 mostrando, en líneas generales, que los estereotipos de salud son mayores en personas que visitan al médico una vez al mes por lo menos, que en las que lo hacen cada 2 ó 3 meses o 2 ó 3 veces al año.

En segundo lugar se ha realizado un ANCOVA con la puntuación en la escala de salud como covariable y en la escala de motivación como VD. El análisis no arroja diferencias significativas en función de la frecuencia de visitas al médico [$F(3,750)=0,138$; $p=0,937$].

Tabla 15. Medias de puntuaciones factoriales de las dimensiones de estereotipos referidos a la salud, motivacional-social y carácter-personalidad en función de la frecuencia de visitas al médico

Variables de estereotipos	Medias de frecuencia de visitas al médico				Contrastes por pares significativos
	1 vez al mes o más (a)	Cada 2/3 meses (b)	2/3 veces año (c)	1 vez año o menos (d)	
Salud	1,53	-1,43	-1,48	-1,44	a- b; a- c
Motivacional-social	-0,11	0,16	0,36	-0,35	
Carácter-personalidad	0,36	-1,03	-0,32	0,54	
<i>N= 751</i>					

Finalmente se ha realizado un ANCOVA con la puntuación en la escala de salud como covariable y en la escala de personalidad como VD. El análisis no muestra diferencias significativas en función de la frecuencia de visitas al médico [$F(3,750)=1,033$; $p=0,377$].

Edad subjetiva

Para analizar las diferencias en estereotipos según la edad subjetiva se ha realizado un MANOVA unifactorial. La edad subjetiva se ha considerado según la percepción de los años con los que se sienten, en tres grupos: con menos años, con los mismos años y con más años. Las variables dependientes han sido las tres puntuaciones factoriales obtenidas en los tres componentes del cuestionario CENVE.

El análisis arroja diferencias significativas en función de la edad subjetiva [$F(6,1506)=3,299$; $p=0,003$]. Para averiguar la contribución específica de cada variable, se ha realizado, en primer lugar, un ANOVA con la puntuación en la escala de salud. Este análisis revela una contribución significativa de esta variable [$F(2,754)=7,000$; $p=0,001$]. Las medias se presentan en la Tabla 16 mostrando, en líneas generales, que los estereotipos de salud aumentan según la percepción subjetiva de la edad.

En segundo lugar se ha realizado un ANCOVA con la puntuación en la escala de salud como covariable y en la escala de motivación como VD. El análisis no arroja diferencias significativas en función de la edad subjetiva [$F(2,753)=1,053$; $p=0,349$].

Tabla 16. Medias de puntuaciones factoriales de las dimensiones de estereotipos referidos a la salud, motivacional-social y carácter-personalidad en función de la edad subjetiva

Variables de estereotipos	Medias según la edad subjetiva			Contrastes por pares significativos
	Con menos años (a)	Con los mismos años (b)	Con más años (c)	
Salud	-1,23	0,24	2,91	a- c; b- c
Motivacional-social	0,24	-0,5	0,89	
Carácter-personalidad	0,78	-0,72	-0,01	
$N=753$				

Finalmente, se ha realizado un ANCOVA con la puntuación en las escalas de salud como covariable y en la escala de personalidad como VD. El análisis no muestra diferencias significativas en función de la edad subjetiva [$F(2,753)=2,199$; $p=0,112$].

Participación en actividades sociales comunitarias

Para analizar las diferencias en las actividades sociales de tipo comunitario en relación con los estereotipos, se ha realizado un MANOVA. La participación en actividades sociales comunitarias se ha considerado según tres niveles: *nunca*, *algunas veces* y *frecuentemente*. Las variables dependientes han sido las tres puntuaciones factoriales obtenidas en los tres componentes del cuestionario CENVE.

El análisis arroja diferencias significativas en función de la participación en actividades sociales comunitarias [$F(6,1506)=5,213$; $p<0,001$]. Para averiguar la contribución específica de cada variable, se ha realizado, en primer lugar, un ANOVA con la puntuación en la escala de motivación. Este análisis revela una contribución significativa de esta variable [$F(2,754)=15,137$; $p<0,001$]. Las medias se presentan en la Tabla 17 mostrando, en líneas generales, que los estereotipos referidos a la motivación

son mayores en personas que manifiestan que *nunca* participan en actividades sociales de tipo comunitario.

Tabla 17. Medias de puntuaciones factoriales de las dimensiones de estereotipos referidos a la *salud, motivacional-social y carácter-personalidad* en función de la participación en actividades sociales comunitarias

Variables de estereotipos	Participación en actividades sociales comunitarias			Contrastes por pares significativos
	<i>Nunca</i> (a)	<i>Algunas veces</i> (b)	<i>Frecuentem.</i> (c)	
Salud	-0,18	0,20	-0,67	
Motivacional-social	1,48	-3,03	-2,30	a- b; a- c; b- c
Carácter-personalidad	0,27	-0,82	-0,27	
<i>N=753</i>				

En segundo lugar se ha realizado un ANCOVA con la puntuación en la escala de motivación como covariable y en la escala de personalidad como VD. El análisis no arroja diferencias significativas en función de la participación en actividades sociales comunitarias [$F(2,753)=0,641$; $p=0,527$].

Finalmente se ha realizado un ANCOVA con la puntuación en la escala de motivación como covariable y en la escala de salud como VD. El análisis no muestra diferencias significativas en función de la participación en actividades sociales comunitarias [$F(2,753)=0,029$; $p=0,972$].

Participación en actividades religiosas

Para analizar las diferencias en las actividades religiosas en relación con los estereotipos, se ha realizado un MANOVA unifactorial. La participación en actividades religiosas se ha considerado según tres niveles: *nunca, algunas veces y frecuentemente*. Las variables dependientes han sido las tres puntuaciones factoriales obtenidas en los tres componentes del cuestionario CENVE. El análisis no arroja diferencias significativas en función de la participación en actividades religiosas [$F(6,1506)=0,838$; $p=0,540$].

Actividad física mantenida

Para analizar las diferencias según la actividad física en relación con los estereotipos se ha realizado un MANOVA unifactorial. La actividad física ha sido clasificada en cuatro grupos: *casi inactivo, solo las tareas domésticas, ejercicio 3 ó 4 veces al mes, actividad física regularmente*. Las variables dependientes han sido las tres puntuaciones factoriales obtenidas en los tres componentes del cuestionario CENVE.

El análisis arroja diferencias significativas en función de la actividad física realizada [$F(9,2256)=4,022$; $p<0,001$]. Para averiguar la contribución específica de cada variable, se ha realizado, en primer lugar, un ANOVA con la puntuación en la escala de salud. Este análisis revela una contribución significativa de esta variable [$F(3,752)=2,669$; $p=0,04$]. Las medias se presentan en la Tabla 18 mostrando que los estereotipos referidos a la salud son mayores en las personas que no tienen actividad física.

Tabla 18. Medias de puntuaciones factoriales de las dimensiones de estereotipos referidos a la *salud, motivacional-social y carácter-personalidad* en función de la actividad física mantenida.

Variables de estereotipos	Actividad física mantenida				Contrastes Por pares Significativos
	<i>Casi inactivo (a)</i>	<i>Solo activ. doméstica (b)</i>	<i>Ejerc. 3-4 veces mes (c)</i>	<i>Ejerc. Regularmente (d)</i>	
Salud	2,33	-0,15	-0,11	-0,34	a- b; a- c; a- d
M-S	2,23	1,46	-1,39	-1,68	a- c; a- d
C-P	-0,77	0,56	-1,27	-1,26	

N=750

En segundo lugar, se ha realizado un ANCOVA con la puntuación en la escala de salud como covariable y en la escala de motivación como VD. El análisis arroja diferencias significativas en función del nivel de actividad física que mantienen [$F(3,751)=8,121$; $p<0,001$], indicando que las personas inactivas presentan un mayor grado de estereotipo

Finalmente, se ha realizado un ANCOVA con la puntuación en las escalas de salud y motivación como covariables y en la escala de personalidad como VD. El análisis no muestra diferencias significativas en función del nivel de ejercicio físico [$F(3,750)=1,399$; $p=0,242$].

4.3. Relación con variables psicológicas

Como se señaló anteriormente, el análisis de la correlación canónica es una técnica multivariante que facilita el estudio de las interrelaciones entre una serie de variables criterios y de variables predictoras. En este caso se pretende analizar las interrelaciones entre las variables provenientes de las tres escalas de estereotipos y las variables psicológicas. Así, en este análisis intervienen dos conjuntos de datos, con una muestra de 757 participantes. El primer conjunto está formado por las puntuaciones factoriales obtenidas en los tres factores de los estereotipos negativos de la vejez, que se incluyen con las etiquetas de *salud*, *motivacional-social* y *carácter-personalidad*. En el segundo conjunto se introducen las variables siguientes: *autoestima*, *optimismo*, *energía*, *dolor*, *emoción*, *sueño*, *aislamiento*, *movilidad* y *aceptación de la propia vejez*.

El análisis arroja una correlación canónica significativa [$\chi^2(24)=172,72$; $p<0,001$], con un valor de 0,41 (16,81% de la varianza explicada). Estos resultados suponen la existencia de intercorrelaciones significativas entre los dos conjuntos de variables. En la Tabla 19 se exponen las saturaciones entre las variables originales y la canónica. La segunda correlación canónica también resultó significativa, pero con un valor de 0,19, por lo que no se procedió a su interpretación, ya que no se recomienda la interpretación de correlaciones canónicas menores a 0,30 (Tabachnick y Fidell, 1989).

Tabla 19. Correlaciones de las variables canónicas con las variables originales del conjunto criterio y predictor.

Variables (evaluador)	Variable canónica
<i>V. criterio: Dimensiones del estereotipo</i>	
Salud	0,80
Motivación	0,34
Carácter-personalidad	0,83
<i>V. predictora</i>	
Autoestima	-0,71
Optimismo	-0,57
Energía	0,64
Dolor	0,58
Emoción	0,71
Sueño	0,48
Aislamiento social	0,74
Movilidad	0,57
Actitud hacia el propio envejecimiento	-0,82

Los resultados en la variable canónica indican que una puntuación baja en los tres factores de estereotipos del CENVE, se asocian con mayor autoestima, mayor optimismo, un buen estado de salud subjetiva y con una mayor aceptación de la propia vejez. A la inversa, una alta puntuación en el CENVE se asocia con menor autoestima, menor optimismo, menos salud percibida y con una actitud más negativa hacia el propio proceso de envejecimiento.

4.4. Resumen de los resultados que se han encontrado

1.- En las medidas demográficas correspondientes a la **edad, nivel de estudios, estado civil y sexo**, se han encontrado, en el análisis de los datos, diferencias significativas en la *edad* y en el *nivel de estudios*, pero no en el *sexo*.

En la variable *edad*, se ha encontrado que a medida que aumenta esta, se incrementa también la puntuación en los factores del CENVE *salud y motivacional-social*.

Los datos no muestran diferencias significativas entre la edad y el factor *carácter-personalidad*.

En cuanto a la variable *nivel de estudios*, se ha encontrado significación estadística entre la puntuación obtenida en el CENVE el nivel de estudios de los participantes. Las diferencias aparecen en los factores de *salud y carácter personalidad*. Así, las personas con más nivel de estudios, obtienen menos puntuación en estos dos factores del CENVE, y a la inversa. Por otra parte, las diferencias están entre los sujetos que no alcanzan el nivel de enseñanza primaria, y los que tienen un nivel de estudios equivalente o superior a bachiller.

2.- En las variables ***forma de convivencia y responsabilidad hacia otros***, ha obtenido resultados estadísticamente significativos solamente la *responsabilidad hacia terceros*, en el factor *motivacional-social* del CENVE. Las personas que tienen a su cargo o cuidado a otras personas obtienen menos puntuación en este factor del CENVE que aquellas en las que no existen este tipo de responsabilidades.

3.- En la variable ***salud subjetiva***, los resultados estadísticamente significativos se han encontrado en los factores de *salud y motivacional-social* del CENVE. Los resultados apuntan a que las personas con más alta puntuación en estos dos factores tienden, a su vez, a percibir su salud como siendo peor que la de las personas de su edad. Por el contrario, los participantes con una puntuación más baja, informan de un mejor estado de salud en relación con las personas de su grupo de edad.

4.- En la variable ***frecuencia de visitas al médico***, se ha encontrado significación estadística en el factor *salud* del CENVE. Esto indica que una alta puntuación en este factor se relaciona con las personas que acuden al médico con más frecuencia. Al contrario, bajas puntuaciones en el factor *salud* del CENVE se corresponden con personas que van con menos frecuencia al médico.

5.- En la variable ***edad subjetiva***, el análisis de los datos arroja significación estadística en el factor *salud* del CENVE. Tales resultados indican que las personas con menos puntuación en este factor, tienden a percibirse con menos años que los que tienen. Por

el contrario, una puntuación elevada se relaciona con percibirse con más edad que la cronológica.

6.- En la variable **participación en actividades sociales comunitarias**, la significación estadística se ha encontrado en el factor *motivacional-social* del CENVE. Las personas que *nunca* participan en actividades sociales obtienen una puntuación más alta en el CENVE que aquellas que mantienen actividades de estas características.

7.- En la variable **participación en actividades religiosas**, el análisis de los datos indica que las puntuaciones obtenidas en el CENVE no se relacionan con la participación de los sujetos de la muestra en actividades religiosas.

8.- En la variable **actividad física mantenida**, el análisis de los datos arroja significación estadística en los factores del CENVE *salud* y *motivacional-social*. Estos datos indican que las personas que realizan algún tipo de actividad física, obtienen una puntuación más baja en los factores *salud* y *motivacional-social* del CENVE. A la inversa, las personas que permanecen casi inactivas obtienen una puntuación más elevada en estos dos factores.

9.-Respecto a la variable **autoestima**, se ha encontrado en el análisis de correlación canónica, que esta dimensión de personalidad se relaciona con la puntuación obtenida por los participantes en el CENVE, de forma que una mayor puntuación en el instrumento se corresponde con menor nivel de autoestima.

10.- En la variable **optimismo**, se ha encontrado al analizar los datos mediante análisis de correlación canónica que se relaciona, de forma inversa, con la puntuación obtenida por los participantes en el CENVE. Así, una mayor puntuación en el cuestionario de estereotipos se corresponde con un menor nivel de optimismo.

11.-En la variable **actitud hacia el propio envejecimiento**, se ha encontrado al analizar los datos mediante análisis de correlación canónica, relaciones entre esta variable y la puntuación obtenida por los participantes en el CENVE. Así, menor puntuación en el cuestionario de estereotipos se corresponde con mantener una actitud más positiva

hacia la propia vejez. A la inversa, puntuaciones más elevadas en el CENVE se asocian a una menor aceptación de la propia vejez.

12.- En la variable **salud relacionada con la calidad de vida**, se ha encontrado al analizar los datos mediante análisis de correlación canónica, relaciones entre esta variable y la puntuación obtenida por los participantes en el CENVE. Así, menor puntuación en el cuestionario de estereotipos se corresponde con un perfil de salud más favorable, representado por bajas puntuaciones en las dimensiones de *dolor, energía, aislamiento social, movilidad, reacciones emocionales y sueño*. Por el contrario, puntuaciones más elevadas en el CENVE, se asocian a un peor estado de salud en todas las dimensiones de la escala.

5. DISCUSIÓN

El presente estudio se planteó con tres objetivos básicos: en el primero de ellos se trataba de analizar las relaciones entre la puntuación obtenida en un cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE) con variables sociodemográficas tales como: *edad, nivel de estudios, estado civil y sexo*. El segundo objetivo se proponía analizar las relaciones entre la puntuación obtenida en el CENVE con variables psicosociales tales como: *forma de convivencia, responsabilidades hacia otros, salud subjetiva, frecuencia de visitas al médico, edad subjetiva, participación en actividades sociales comunitarias, participación en actividades religiosas y actividad física mantenida*. Finalmente, el tercer objetivo consistía en analizar las relaciones entre la puntuación obtenida en el CENVE con las variables psicológicas siguientes: *autoestima, optimismo, actitud hacia el propio envejecimiento y salud relacionada con la calidad de vida*.

El análisis estadístico de los datos ha arrojado resultados significativos a favor de que la puntuación obtenida en el CENVE se relaciona de forma significativa, en una población mayor de 65 años, con 12 de las 16 variables analizadas. Así, se ha encontrado que las puntuaciones en el CENVE, se relacionan significativamente con: *la edad, nivel de estudios, la responsabilidad hacia otros, la participación en actividades sociales comunitarias, la actividad física mantenida, la valoración subjetiva de la propia salud al compararla con la de personas de la misma edad, la frecuencia de visitas al*

médico, la percepción subjetiva de la propia edad, el nivel de autoestima, el nivel de optimismo, la actitud hacia el propio envejecimiento y el estado de salud relacionado con la calidad de vida. Por el contrario, no se han encontrado relaciones entre la puntuación en el CENVE y el *sexo, la forma de convivencia, el estado civil y la participación en actividades religiosas.*

En cuanto a las relaciones encontradas entre el grado de creencia en los estereotipos negativos de la vejez y las variables examinadas, se debe puntualizar que, con este estudio, no se intenta establecer una relación de causalidad o direccionalidad en dichas relaciones. No obstante la información contenida en los análisis estadísticos permite abrir diversos aspectos para la discusión, lo cual se va a desarrollar en los puntos siguientes. Para ello se va a seguir el mismo orden de objetivos del que se ha partido en el modelo que se presenta en este trabajo. Es decir, se comenzará por discutir las relaciones encontradas entre la puntuación en el CENVE con las variables sociodemográficas, para continuar con el conjunto de variables psicosociales, y finalmente, se comentarán las relaciones encontradas con las variables psicológicas que se han incluido en el estudio.

5.1. Relaciones encontradas en las variables sociodemográficas

Como se ha dicho antes, en el primer objetivo propuesto, correspondiente al estudio de variables sociodemográficas tales como la *edad, nivel de estudios, estado civil y sexo*, se han encontrado relaciones significativas con la puntuación obtenida en el CENVE, solamente con la *edad* y el *nivel de estudios*, pero no con el *sexo* ni con el *estado civil*.

Respecto a las relaciones encontradas entre la *edad* y la puntuación en el CENVE, los resultados obtenidos muestran significación estadística en los factores *salud y motivacional-social del CENVE*.

Por lo que se refiere al factor *salud*, el que a medida que las personas son más mayores tiendan a asumir en mayor grado los estereotipos negativos de esta dimensión, parece coherente con la realidad de que en edades más avanzadas, es más fácil que exista el riesgo de la aparición de enfermedades y de dependencia. Es decir, al

aumentar los años de la vida, también aumentan las enfermedades crónicas y discapacidades debidas a lesiones y a la mayor frecuencia de accidentes en la vejez (Baltes y Smith, 2002; Defensor del Pueblo, 2000; IMSERSO, 1992, 1995). Sin embargo, como se ha señalado en la primera parte de esta tesis, es solamente una pequeña parte del total de personas mayores de 65 años, las que no pueden desenvolverse en su vida cotidiana de forma autónoma debido a los problemas de salud. Además, si se tienen en cuenta los datos epidemiológicos existentes, los estereotipos hacia la vejez referentes al factor *salud* solo forman parte de la realidad para un número importante de personas cuando se alcanzan edades muy avanzadas. Finalmente, la extrema variabilidad individual hace que el grado de declive en la salud no sea equivalente entre los sujetos de la misma edad ni que, como se ha visto en los capítulos precedentes, se produzca de forma inevitable en todas las personas.

Los resultados encontrados en el factor *salud* muestran que en los tres primeros grupos de edad va aumentando paulatinamente el grado de creencia en los estereotipos negativos de este factor, para alcanzar el valor máximo en las personas de edades entre 76 y 80 años. En cambio, los participantes mayores de 80 años aparecen con un menor grado de creencia en estos estereotipos que los del grupo inmediatamente más joven. Estos resultados se pueden relacionar con los encontrados en estudios realizados por Unger et al. (1977) o Lehr (1980), en los que aparecieron que las personas de las edades más avanzadas tendían a percibir su estado de salud más favorablemente que las del grupo inmediatamente inferior en edad.

En cuanto a las relaciones entre la *edad* y el factor *motivacional-social* del CENVE, a medida que las personas son más mayores parecen asumir con más facilidad las creencias negativas acerca de la disminución de intereses vitales en la vejez. Estos resultados sugieren a un nivel exploratorio que, junto con el aumento de los problemas de salud que pueden limitar la capacidad funcional y la movilidad física de un cierto número de personas, en las edades más avanzadas suelen aparecer otras pérdidas a las que muchas de ellas deben hacer frente, tales como la muerte del cónyuge o la de amigos y allegados. Así, podría ser que si una acumulación de pérdidas como estas tiene lugar, se produzca una limitación del ejercicio de determinadas actividades e intereses que hasta entonces puedan haber mantenido. En cuanto a los resultados por los que aparece que las personas de más

de 80 años muestran menos grado de creencia en los estereotipos negativos de la vejez, pueden relacionarse con el estudio de Seccombe y Ehsii-Kuntz (1991), los cuales encontraron que las personas mayores de 85 años eran las que se mostraban más optimistas en la percepción de la vejez, pero que cuando ellos mismos estaban experimentando determinadas pérdidas, entonces se mostraban mucho más pesimistas que los grupos de menor edad.

No obstante, hay que considerar asimismo las circunstancias individuales en cuanto a aspectos de adaptación a las nuevas situaciones socioambientales que conlleva el hecho de la vejez en nuestra sociedad. Así, Opachowski (1988) comprobó que, después de la jubilación, las personas suelen implicarse menos en desarrollar nuevos intereses, y que más bien se empeñan en conservar los que ya tienen. De forma similar, investigadores como Lehr y Thomaes (2003) ponen de manifiesto el estancamiento de los intereses sociales en la vejez, en el sentido de que las personas mayores tienden a conservar las mismas relaciones sociales que han mantenido hasta entonces.

En cuanto a las relaciones entre las puntuaciones en el CENVE y el *nivel de estudios* de los participantes, los resultados encontrados muestran que un menor nivel educativo se asocia a un mayor grado de creencias en los estereotipos referidos a los factores *salud y carácter-personalidad*. En este sentido, hay un numeroso grupo de estudios que resaltan la importancia que tiene el nivel educativo en una amplia variedad de facetas en la vejez, como son el mantenimiento de hábitos de salud, las condiciones de salud física y psíquica de las personas mayores y las propias autopercepciones. Por ejemplo, Blazer (1997) ha encontrado relaciones entre un bajo nivel educativo y más problemas de salud psíquica en personas mayores, como depresión, mientras que Mitchell, Wilson, Revicki y Parker (1985) o Ward (1977) comprobaron relaciones entre el nivel educativo de los sujetos y la salud percibida. Por su parte, Fernández Ballesteros (1992) ha encontrado que los grupos con menor nivel educativo tenían una percepción de la salud más negativa, así como que sostenían más estereotipos hacia la vejez. Por el contrario, un alto nivel educativo se ha encontrado asociado a un mejor estatus físico, cognitivo y social. Por ejemplo, en los aspectos cognitivos, Schaie (1996) afirma que un alto nivel educativo se asocia a un declive claramente ralentizado del rendimiento

intelectual. Asimismo, Albert, Jones y Savaje (1995) entre otros, consideran que la educación escolar es el mejor predictor de la inteligencia en la vejez. En este sentido, Denney y Palmer (1981) han encontrado asociado el nivel educativo con la resolución de estrategias para determinadas tareas, mientras que Oswald (1996) ha comprobado que el rendimiento en la inteligencia fluida se relaciona de forma significativa con los años de escolaridad en personas mayores de 60 años. Asimismo, en el *Berlín Aging Study*, Sliwinsky, Lipton, Bischke y Stewart (1996) han encontrado relaciones entre los años de escolaridad de los sujetos mayores y la capacidad de rendimiento cognitivo.

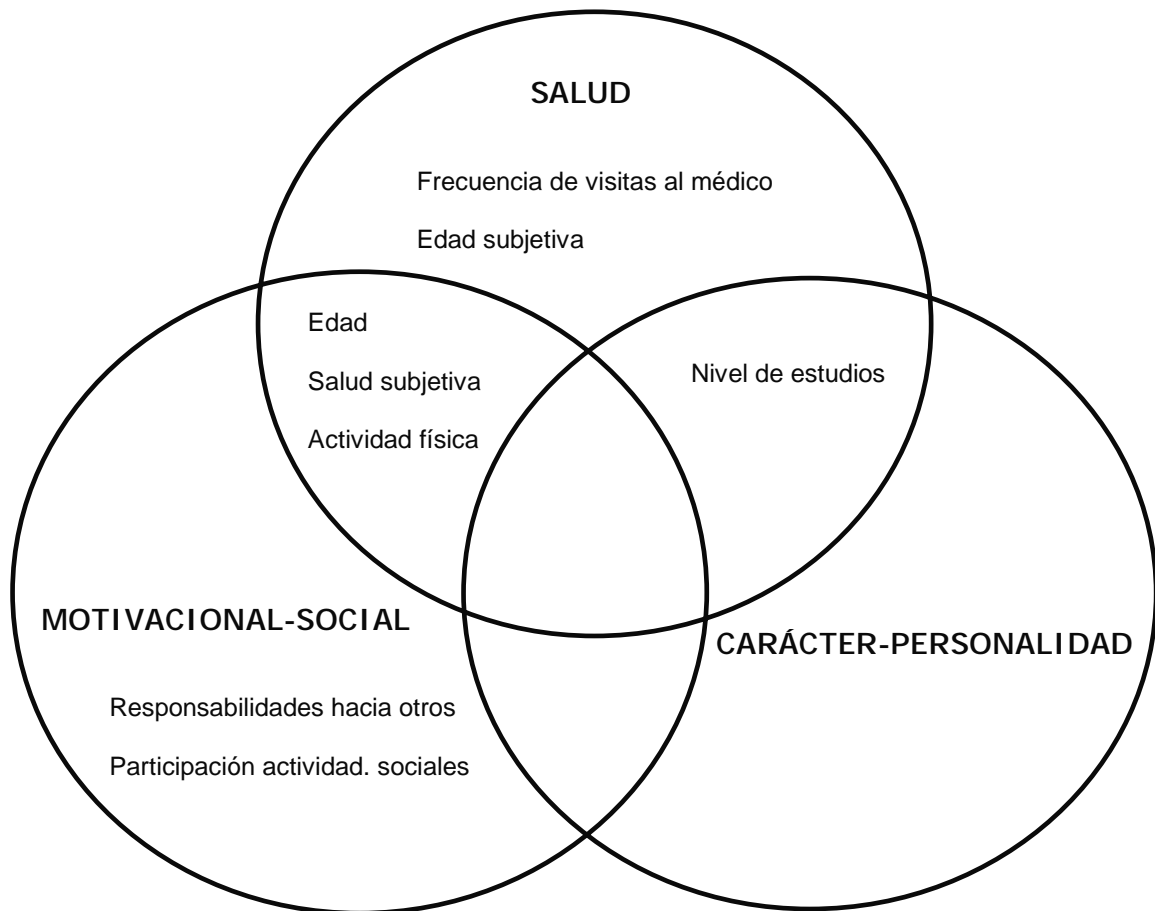
Por otra parte, en cuanto a las relaciones encontradas entre el *nivel de estudios* y el factor *carácter-personalidad* del CENVE, hay que decir que el contenido de los ítems de este factor son los que aparecen, de entrada, con una menor credibilidad puesto que, precisamente, lo que se pone de manifiesto en la mayor parte de los estudios sobre la vejez, es que las dimensiones de personalidad tienden a permanecer estables, o que incluso experimentan una mejora en esta etapa de la vida. Por ello, consideramos que las afirmaciones contenidas en este factor son las que soportan un mayor grado de creencias ingenuas, por lo que parece lógico que aparezca una relación significativa entre el alto nivel de creencias en los estereotipos referidos al *carácter-personalidad* y el bajo nivel de estudios de los sujetos.

5.2. Relaciones encontradas en las variables psicosociales

En el segundo objetivo, que se refiere al estudio de las variables psicosociales siguientes: *forma de convivencia, responsabilidad hacia otros, salud y edad subjetivas, participación en actividades sociales y religiosas, frecuencia de visitas al médico y actividad física mantenida*, se han encontrado relaciones significativas entre esas variables y la puntuación en el CENVE, con las únicas excepciones de *participación en actividades religiosas* y *forma de convivencia*.

En la Figura 10 se representa gráficamente las relaciones encontradas entre las variables sociodemográficas y psicosociales y los tres factores del CENVE

Figura 10. Relaciones encontradas entre los factores del CENVE y las variables sociodemográficas y psicosociales



Respecto a la variable *responsabilidad hacia otros*, los datos que se han encontrado indican que los participantes que tienen a alguna persona a su cargo o cuidado, ya se trate de nietos, del cónyuge o de algún hijo, obtienen una puntuación más baja en el factor *motivacional-social* del CENVE que aquellos que manifiestan que no tienen este tipo de responsabilidades. Por lo tanto, los resultados apuntan a que las respuestas de los sujetos en los ítems de este factor del CENVE no son independientes de aspectos actuales de su propia vida. Es decir, una escasa creencia en los estereotipos negativos de la vejez referidos a los aspectos motivacionales y sociales

aparece en las personas mayores que mantienen alto grado de compromiso con otras personas, puesto que estas últimas dependen de los mayores en alguna forma.

Estos resultados pueden relacionarse con los estudios que han comprobado la importancia que tiene para muchas personas mayores el sentido de la utilidad percibida. Así, Stevens (1993) ha demostrado que el compromiso con otros se relacionaba significativamente con sentirse útil. Asimismo, Ranzijn et al. (1998) encontraron que el sentimiento de ser útil a otros contribuye esencialmente al aprecio de sí mismo y al sentimiento de autoestima en las personas de más de 80 años estudiadas.

Por otra parte, una de las creencias sociales más arraigadas hacia las personas mayores es aquella por la que se las percibe como pasivas y dependientes de otros, hasta el punto de que Bazo (1990) encontró que las personas ancianas tendían a hacer equivalente el término *viejo* con el de *inutilidad* y el de *no ser necesario*. En este sentido, se ha comprobado que para muchas personas, sobre todo varones, estos sentimientos parecen provenir especialmente de la actividad laboral realizada, de la que ahora carecen (Buendía y Riquelme, 1994; Lehr y Thomae, 2003). A su vez, el cuidado de los hijos les proporcionaba este mismo sentimiento a las mujeres que no habían desempeñado un trabajo remunerado (Freixas, 1991). En la población estudiada, al estar compuesta por personas jubiladas, es posible que muchos varones puedan sentirse poco eficaces y útiles si no tienen otros intereses que puedan contrarrestar, al menos parcialmente, la pérdida de la actividad laboral. Por otra parte, en el caso de las mujeres de la muestra, un 66% de ellas son viudas. Este hecho hace que, si además viven lejos de los hijos o ya no se sienten necesitadas por estos, puedan experimentar sentimientos similares de inutilidad.

Asimismo, la importancia que otorgan las personas mayores a la utilidad percibida en relación con las imágenes de la vejez, aparece en un estudio de Levy (1996). Esta autora encontró, que cuando se activaban de forma subliminal en personas mayores los estereotipos de *senilidad* y de *sabiduría* aparecían diferencias significativas en la interpretación que los participantes hacían de un relato acerca de una mujer de 75 años. Tales diferencias se referían a que los sujetos a los que se había expuesto a estereotipos de *sabiduría* tendían a interpretar dicho relato en el sentido de la utilidad percibida de esa mujer. En cambio, los participantes a los que se había expuesto a

estereotipos de *senilidad* hacían una interpretación del relato en la que prevalecía la dependencia percibida de esa mujer.

Así pues, se sugiere, a título exploratorio, que la variable *responsabilidad hacia otros* puede estar relacionada con los sentimientos de utilidad y de autoeficacia percibida de los participantes que tienen a su cargo a otras personas.

En la variable participación en actividades sociales comunitarias, se ha encontrado que las personas que participan con más frecuencia en este tipo de actividades, obtienen menos puntuación en el CENVE que las que mantienen un bajo nivel de participación en actividades sociales de estas características. La significación se ha encontrado en el factor *motivacional-social*. Por tanto, estos resultados muestran que algunas de las creencias que las personas mayores mantienen sobre aspectos de participación e integración social en la vejez, se encuentran relacionadas directamente con la medida en que los propios sujetos mayores participan en actividades que potencian su nivel de integración en la comunidad a la que pertenecen, más allá del reducido ámbito de la familia. Es decir, las personas que mantienen un alto grado de creencias negativas en los aspectos motivacionales y sociales en la vejez parecen ser, a su vez, los que se encuentran manteniendo menos actividades de participación social de tipo comunitario.

Por lo tanto, estos resultados se relacionan con el propio grado de motivación que mantienen las personas en cuanto a actividades de participación social. Este resultado es importante por cuanto ya se ha visto en la parte teórica el impacto positivo que tiene en los adultos mayores un alto grado de participación e implicación social (Oman, Thorensen y McMahon, 1999; Unger et al., 1997). Así, se ha encontrado que la participación en actividades sociales está asociada con el bienestar y con sentimientos de felicidad (Graney, 1975). Además, Leinonen, Heikkinen e Ihae (2002) encontraron que las actividades sociales de los participantes se relacionaban con la percepción positiva de la salud. Asimismo, en un estudio longitudinal desarrollado a lo largo de quince años, Schmitz-Scherzer (1975) comprobó que las personas que mantenían una participación activa en algún tipo de asociaciones mostraban un mayor grado de intereses y tenían un mejor estado de salud que las que no realizaban actividades de este tipo.

Creemos interesante puntualizar, en relación con las tareas de voluntariado social, las cuales se incluían entre las actividades de tipo comunitario, que solamente un 5% de los participantes realiza algún trabajo de estas características. Son aún muy pocos los estudios que han investigado esta variable en nuestro país. Sin embargo, este resultado es coincidente con el de un estudio realizado por el IMSERSO (1996) en el que se encuestó a 151 personas que realizaban algún servicio de voluntariado social. En este trabajo se comprobó que solamente el 7% de ellos eran personas mayores de 60 años. Por lo demás, un dato interesante fue que el 70% de los voluntarios mayores tenía estudios superiores, así como que todos los voluntarios de la muestra tenía un nivel de estudios superior al de enseñanza primaria.

Para finalizar la discusión sobre los resultados encontrados en esta variable, sugerimos que, puesto que se ha comprobado que después de la jubilación, las personas no suelen implicarse en nuevos intereses y relaciones sociales (Lehr y Thomae, 2003; Opachoswski, 1998), es posible que las personas que se muestran más activas en este tipo de actividades sean predominantemente aquellas que en etapas anteriores de su vida han mantenido un alto nivel de participación social.

En cuanto a la *actividad física*, se recuerda que esta variable está referida no solo a los aspectos de una posible actividad deportiva realizada por los participantes sino también, de acuerdo con Rieder (1992), a los movimientos que se realizan en un sentido general en la vida cotidiana, tal como “hacer las tareas domésticas”.

Los resultados encontrados en esta variable en relación con los estereotipos negativos, muestran que las personas que permanecen inactivas obtienen mayor puntuación en el CENVE que las que realizan algún tipo de actividad física. Los factores en los que se ha encontrado significación estadística son *salud* y *motivacional-social*. Así, las personas que manifiestan estar casi inactivas son las que mantienen un mayor nivel de creencia en los estereotipos negativos hacia la vejez referidos a la salud y a la motivación.

Por tanto estos resultados muestran, en primer lugar, que las personas con un alto grado de creencia en los estereotipos negativos sobre la salud, son los que, a su

vez, aparecen menos implicados en mantener hábitos de vida que precisamente van en beneficio de mantener o aumentar la salud percibida y la habilidad funcional. Por el contrario, las personas que creen menos en los estereotipos referidos a este factor mantienen más hábitos de prevención y promoción de la salud, como son los que implica mantener algún tipo de actividad física. Estos resultados pueden relacionarse con los de Leinonen et al. (2002), quienes encontraron que la percepción de la salud se relacionaba con el funcionamiento físico de los participantes. Asimismo, con los de Zautra y Heupel (1984), los cuales sugieren, de los resultados de su estudio, que el principal determinante de la percepción de la salud de los sujetos mayores es el nivel de actividad física que mantienen. De forma similar, Meusel (1996) ha llegado a la conclusión de que el mantener una forma de vida pasiva en la edad avanzada guarda relación con una disminución en el rendimiento de todas las capacidades motrices. Por el contrario, un entrenamiento físico adecuado, incluso a edades muy avanzadas, se ha demostrado capaz de impulsar procesos de adaptación en contra de los procesos degenerativos que pudieran estar ya en marcha.

En segundo lugar, estos resultados sugieren una relación entre los problemas reales de salud de los participantes en función del grado de actividad física que mantienen. Es decir, es posible que las personas que mantienen un grado de creencia más alto en el factor salud del CENVE, sean, a su vez, aquellas que soportan enfermedades y disfunciones que les impiden mantener un buen nivel de funcionamiento motor, en la línea de los resultados que obtuvieron Harris et al. (1976), Heckhausen y Krueger (1993) o Heckhausen y Brim (1997). Estos autores encontraron una tendencia en las personas mayores a atribuir determinados problemas a las personas de su grupo de edad, especialmente cuando ellos mismos estaban experimentando problemas similares. De esta forma, sugerimos acerca de las relaciones encontradas entre la inactividad de los participantes y el alto grado de creencia en el estereotipo referido a la *salud*, que probablemente estas personas están experimentando en la realidad problemas de salud debido a los cuales no mantienen un buen nivel de movilidad y de autonomía física en su vida cotidiana.

En cuanto a las relaciones encontradas entre la actividad física y el factor *motivacional-social*, esta variable aparece como un elemento de importancia en los resultados de estudios tales como los de Stathy, Fox y McKenna (2002) o Unger et al.

(1997), en los que se han encontrado relaciones entre la actividad física mantenida y aspectos motivacionales y de relación interpersonal en los sujetos de edad avanzada. Stathy et al. (2002) sugieren que una actividad física continuada, además de favorecer la salud, mental y física, es un factor que protege a los sujetos del aislamiento. Por tanto, sugerimos acerca de esta relación con el factor *motivacional-social*, a nivel exploratorio, que es posible que estas personas soporten un cierto grado de aislamiento social en la actualidad.

Finalmente, hay que tener en cuenta que las generaciones de que se compone la muestra utilizada en este estudio, provienen de una realidad histórica y sociocultural desfavorecedora en relación con la práctica de actividades de promoción de la salud en periodos anteriores de la vida. Así, autores como Baltes y Smith (2002), Lehr (1997) o Lehr y Thomae (2003) ponen de manifiesto que el mantener hábitos de vida saludables en la vejez está ligado a los sujetos que presentaban ya este tipo de conductas en etapas anteriores de la vida. En este sentido hay que resaltar, de nuevo, determinadas características psicosociales adversas de gran parte de las personas de la muestra, como es el bajo nivel de estudios, el cual posiblemente se relaciona también con otras variables no estudiadas, como es la situación económica. Es decir, unas condiciones socioambientales y económicas desfavorables no facilitan el que las personas tomen conciencia de la necesidad de mantener determinados hábitos de vida saludables, que implican un esfuerzo físico o mental suplementario por su parte.

En la variable *salud subjetiva*, los datos indican que las personas que perciben su salud *igual* o *peor* que la de personas de su edad, obtienen una puntuación significativamente más alta en los factores *salud* y *motivacional-social* del CENVE. Por el contrario, los participantes que perciben su salud, mejor que las personas de la misma edad, tienen una puntuación baja en estos factores del cuestionario.

Es conocido que el estado objetivo de salud física no es, por sí solo, una medida adecuada de la salud de un sujeto. Por el contrario, el juicio subjetivo de los sujetos sobre distintas dimensiones de su salud varía notablemente en referencia a los datos médicos (Baltes y Smith, 2002; Lehr, 1980; Montorio, 1991). Por otra parte, se ha encontrado que a medida que se incrementa la edad en la vejez, aumenta la discrepancia entre la evaluación de la propia salud y la que se hace hacia la salud de los

iguales en edad. Así, es posible que con el aumento de la edad, los mayores esperen un deterioro de la salud y, si este no se produce, comiencen a valorar su salud por encima de los otros de su misma edad. Como se ha señalado, hay estudios como los de Heckhausen y Krueger (1993), Heckhausen y Brim (1997) y Harris et al., (1976) en los que se ha encontrado una tendencia en los sujetos a evaluarse favorablemente cuando se comparan con la gente de su edad. Es decir, no es habitual que las personas perciban su salud como inferior a la de la mayoría, sino que, por el contrario, cuando se tienen problemas en un área, es probable que las personas tiendan a pensar que los otros tienen ese problemas aún en mayor grado (Harris et al., 1976). Por lo tanto, se sugiere, a título exploratorio, que las personas que se perciben con una salud *peor* que la de las personas de su edad, tienen unas condiciones reales de salud adversas. Pero también puede tratarse de personas con un déficit de motivaciones e intereses vitales puesto que, como señala Siegler y Costa (1985), la percepción de salud tiende a ser más pesimista cuanto mayor es el aislamiento social y menor la actividad física de los sujetos. Así, puede ser que buena parte de estos elementos se encuentren interconexiónados, de tal forma que, cuanto más aisladas e inactivas estén las personas, tiendan asimismo a percibir su salud más negativamente en comparación con las personas de su edad. Este aspecto de la salud subjetiva será discutido con más detalle en la variable *salud relacionada con la calidad de vida*, que pertenece al tercer conjunto de variables estudiado.

En la variable *frecuencia de visitas al médico*, se ha encontrado que las personas que informan de ir con frecuencia al médico obtienen más puntuación en el CENVE que aquellas que visitan al médico con menos frecuencia. La significación estadística ha aparecido en el factor *salud*. Estos resultados muestran que las creencias hacia la vejez sobre el deterioro de la salud se encuentran relacionadas con aspectos de la propia realidad de los sujetos, en este caso, con la frecuencia en que demandan consultas médicas. Respecto a los resultados encontrados en esta variable parece lógico que demandas frecuentes de consultas médicas se encuentren relacionadas con un mal estado de salud percibida. Por otra parte, estos resultados son coherentes con algunos estudios (Palmore, 1982; Philips y Murrell, 1994) en los que se ha encontrado que la mayor o menor demanda de atención médica estaba relacionada con la percepción subjetiva de la salud.

En la variable *edad subjetiva*, los resultados obtenidos aportan datos a favor de que las personas que se sienten con más años que los de su edad cronológica, obtienen puntuaciones más elevadas en el factor *salud* del CENVE. Estos resultados abogan, de nuevo, a favor de que existen relaciones entre sostener determinadas creencias sobre la vejez y aspectos de la propia realidad vital de los sujetos.

Parece que hay una tendencia en las personas mayores a percibirse con menos edad que la cronológica (Bazo, 1990; Baum y Boxley, 1983). Las relaciones entre la edad percibida y la salud ha sido puesta de manifiesto en estudios como los de Baum y Boxley (1983), Hagen, Oswald y Rupprecht (1998) o Kauffman y Elder, (2001) o en todos los cuales se sugiere que existen asociaciones entre una menor edad subjetiva y un buen estatus de salud así como un alto grado de vida autónoma. Por su parte, Baum y Boxley (1983) encontraron que la edad subjetiva de mayor juventud se relacionaba con la salud física y psíquica y con un mayor grado de participación vital.

Por tanto, los resultados obtenidos sugieren, a un nivel exploratorio, que las personas que se perciben con más edad de la que tienen, pueden ser las que están sufriendo serios problemas de salud o estar experimentando pérdidas recientes. En este sentido, también se puede apuntar, asimismo con carácter exploratorio, a la posibilidad de la presencia de trastornos psicológicos en algunas de estas personas, tales como estados depresivos, lo cual enlaza con el grupo de variables psicológicas, las cuales se va a pasar a comentar a continuación en su relación con las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el CENVE.

5.3. Relaciones encontradas en las variables psicológicas

Respecto a los resultados encontrados en el tercer conjunto de variables estudiadas: *autoestima*, *optimismo*, *actitud hacia el propio envejecimiento* y *salud relacionada con la calidad de vida*, a las que se ha llamado *variables psicológicas*, se ha encontrado, en el análisis de los datos mediante correlación canónica, que todas ellas guardan relación significativa con las puntuaciones obtenidas en el CENVE. Así, altas puntuaciones en el cuestionario de estereotipos, equivalen a menores niveles de autoestima y de optimismo, a una actitud negativa hacia el propio envejecimiento y a una

percepción negativa de la salud relacionada con aspectos de calidad de vida tales como: *energía, dolor, reacciones emocionales, aislamiento social, sueño y movilidad*. Por el contrario, puntuaciones bajas en el CENVE, equivalen a un alto nivel de autoestima y de optimismo, a una actitud positiva hacia el propio envejecimiento y a un *estatus* favorable de salud percibida.

En cuanto a la *autoestima*, la medida utilizada en este estudio ha sido el cuestionario de autoestima de Rosenberg (1965). Hay que señalar que no existe un cuerpo amplio de trabajos que hayan investigado las relaciones entre esta variable y las actitudes hacia la vejez que mantienen las personas de edad avanzada. Sin embargo, en los trabajos en que se ha estudiado la valoración que las personas mayores hacen de sí mismas, la mayoría de autores consideran que tal valoración no depende de la edad, sino que está relacionada con una multiplicidad de circunstancias y aspectos muy diversos. Por ejemplo, Montorio (1994) resalta la necesidad de tener en cuenta una interrelación de variables diferentes, de orden físico, psicológico y social, las cuales influirían conjuntamente en los distintos aspectos de la autovaloración de las personas.

No obstante, autores como Antequera y Blanco (1998), Buendía y Riquelme (1994), Kalish (1993), Lehr (1980) o Stuart-Hamilton (2002) opinan que es fácil que la autoestima resulte afectada por los estereotipos negativos que las personas mayores mantienen sobre la vejez. Por ejemplo, Antequera y Blanco (1998) argumentan que, dado que los estereotipos sociales representan las expectativas culturales hacia determinados grupos, si tales creencias son asumidas por los ancianos cuando son claramente peyorativas, como ocurre con los estereotipos de la vejez, parece lógico que, como consecuencia, disminuya su autoestima. Por su parte, Buendía y Riquelme (1994, p. 75) afirman que “los estereotipos asociados a la vejez como algo falto de valor, feo e inservible producen estragos en la autoestima de muchas personas mayores que comienzan a considerarse a sí mismas como una carga, inútiles, imposibles de ser valorados, estimados y queridos”. Estos autores asocian la disparidad de resultados que se han encontrado en los estudios sobre la autoestima a las diferencias individuales en cuanto a la forma de experimentar las pérdidas derivadas de la jubilación. Así, sostienen que la autoestima es mayor en las personas creen estar viviendo con la misma forma de vida que llevaban antes de la jubilación. En cambio, para las que desciende el nivel de vida como consecuencia de la jubilación, la autoestima sería más baja. De esta forma,

para Buendía y Riquelme (1994) serían la falta de utilidad social y de eficacia percibidas dos condicionantes importantes que afectarían negativamente la autoestima de los mayores. Relacionada con esta perspectiva, es la de Taylor y Brown (1988) para los que una disminución de la autoeficacia y del control percibido pueden fácilmente estar asociados con una menor autoestima.

Por su parte, Rodin y Langer (1980) opinan que cuando la autoestima disminuye, también lo hace la creencia en la propia capacidad para ejercer control sobre el ambiente, por lo que, en forma de círculo vicioso, se corre el peligro de que los ancianos puedan llegar fácilmente a sobrestimar el declive de sus capacidades. En este sentido, Krause (1987) señala que los efectos producidos en la autoestima, por la creencia en la disminución de las propias capacidades, pueden ser aún más devastadores que los cambios objetivos en sí mismos, puesto que sin un mínimo nivel de autoestima es difícil que las personas mayores dispongan de la motivación necesaria que les permita enfrentarse con las dificultades, las pérdidas y los cambios propios de esta etapa. Entre los aspectos que parecen tener una influencia más clara sobre la autoestima en la edad avanzada, sobresale la salud percibida (Antequera y Blanco, 1998; Cockeham, Shap y Wilcox, 1983; Cumninghan y Haman, 1992; Gubrium, 1975; Lerh, 1980; Lehr y Thomaes, 2003 o Ranzij et al., 1998) que es otra de las variables incluidas en este trabajo. Para Gubrium (1975) la percepción positiva de la salud es fuente de autoestima para los ancianos. De igual forma, Antequera y Blanco (1998) consideran que la percepción de la salud va a determinar en parte el autoconcepto y la valoración de la propia capacidad para afrontar los problemas que el sujeto mayor pueda tener. Asimismo, Cumninghan y Haman (1992) han encontrado el estado subjetivo de salud asociado con la imagen positiva o negativa de sí mismo, de forma que la pobre valoración de sí mismo se relaciona con una desfavorable percepción de la salud. Por su parte, Lehr (1980) ha comprobado que el factor educativo aparece como un elemento de importancia, así como aspectos de la interacción social

Los resultados encontrados guardan una estrecha relación con los obtenidos por Ward (1977) en un estudio con personas mayores no institucionalizadas que ya ha sido descrito. En dicho estudio aparecieron relaciones significativas entre un bajo nivel de autoestima y tener una percepción negativa hacia la vejez, la cual se midió a través de un cuestionario de estereotipos negativos. Asimismo, Ward encontró que aspectos tales

como el nivel educativo (sobre todo en los hombres) y el grado de actividad que las personas mantenían en la vida diaria (sobre todo en las mujeres) estaban relacionados significativamente con la autoestima.

Por lo tanto, partiendo de los resultados encontrados, sugerimos que un alto grado de creencia en los estereotipos negativos hacia la vejez está asociada al valor que las personas se otorgan a sí mismas, lo que se pone de manifiesto en un bajo nivel de autoestima. Asimismo, también es posible que las personas de menor nivel educativo y las que mantienen unas pobres expectativas hacia la propia salud estén más expuestas a sufrir estas consecuencias negativas sobre su autoestima. En cambio, las personas que obtienen un alto nivel de autoestima, podrían ser aquellas que mantienen una percepción positiva hacia la propia salud, las de nivel educativo más elevado y las que tienen una clara conciencia de utilidad y eficacia percibida.

En cuanto a la variable *optimismo*, se encuentra representada en esta tesis por el test de optimismo disposicional de Scheier y Carver (1985; 1994). Como se ha dicho, esta característica de personalidad se ha encontrado asociada con la autoestima, con conductas de prevención y promoción de la salud, con el estado de ánimo y con habilidades de control y afrontamiento (Scheier y Carver 1993). Por ejemplo, Reig (2000) menciona el optimismo como uno de los elementos básicos que, en la edad avanzada, facilita a los ancianos una buena adaptación a esta etapa vital. Así, para Reig (2000) un estado de ánimo optimista en la vejez favorece un estado de serenidad que posibilita a las personas mayores seguir considerando la vida con un plus de ganancia, en cuanto a la posibilidad de nuevos descubrimientos y de una mejor comprensión de la misma.

Por otra parte, como se ha dicho en la parte teórica, el optimismo aparece claramente asociado con la actitud que las personas mantienen hacia el futuro. Aunque Lenning (2000) considera que la orientación hacia el futuro no es importante en la edad avanzada, esta opinión no es compartida por otros investigadores, como Mclenon (1997), Maroto et al. (1990) o Scheier y Carver (1992) para los que, una orientación hacia el futuro próximo es fundamental para que los ancianos puedan afrontar con éxito los problemas cotidianos y para que sigan encontrando motivación en la vida. También Kalish (1991) considera que el optimismo está ligado a trastornos del estado de ánimo,

tales como la depresión, en cuanto que los síntomas depresivos incluyen un punto de vista negativo respecto al futuro.

Por otra parte, Schmitz-Scherzer (1991) ha puesto de manifiesto la existencia de relaciones entre la salud subjetiva y algunos aspectos del estado de ánimo relacionados con el optimismo, al demostrar que las personas que se percibían más enfermas, aún sin una base objetiva, manifestaban menos proyectos y podían ver menos aspectos positivos de la situación presente. En este sentido, Lehr (1966) demostró que las personas que se sentían más enfermas limitaban su esfera vital y se hallaban más intensamente referidas al pasado, lo cual, al facilitar una atención dirigida insistentemente a las circunstancias adversas vividas en el pasado, puede implicar un perjuicio para el estado de ánimo del sujeto.

En nuestro estudio, se ha encontrado que el nivel de *optimismo* está relacionado con la puntuación obtenida en el CENVE, de forma que menos creencias negativas hacia la vejez pueden encontrarse en las personas que tienen una percepción más positiva sobre sí mismos y que mantienen más ilusiones e intereses vitales. Es posible que las personas que han obtenido un alto nivel de optimismo participen activamente en grupos sociales que se proponen determinados objetivos, ya sea lúdicos o de ayuda a otros, y que tengan un mayor grado de actividad física y una percepción positiva de la salud.

En cuanto a la *actitud hacia el propio envejecimiento*, esta variable se encuentra representada en el estudio empírico por la subescala correspondiente del Cuestionario de Satisfacción Geriátrica de Filadelfia (Lawton, 1972,1975). Dicho cuestionario forma parte del conjunto de instrumentos que intentan evaluar el *bienestar psicológico* o la *satisfacción con la vida* en la edad avanzada y se relaciona con la adaptación al proceso de envejecimiento (Berjano et al. 1999). En concreto, el factor *actitud hacia el propio envejecimiento*, guarda relación con la percepción de los cambios experimentados o con la ausencia de los mismos, así como con la autoevaluación de los posibles cambios en caso de haberse producido (Antequera y Blanco, 1998; Montorio, 1991). Así, los ítems de esta subescala se refieren a la utilidad percibida y al declive del estado general de salud, pero también a sentimientos de esperanza y a la felicidad percibida en comparación con el propio sujeto cuando era más joven.

Levy et al. (2002) han demostrado en un estudio longitudinal que la actitud hacia el propio envejecimiento guarda una relación consistente con el riesgo de mortalidad y con el declive funcional en las personas mayores. Estos autores comprobaron que las autopercepciones sobre el proceso de envejecimiento, medidas a través de la subescala del cuestionario de Filadelfia, eran independientes de la edad, el género, el estatus socioeconómico, la soledad y la salud. Asimismo, Levy et al. (2002) mostraron que las imágenes negativas hacia la vejez se relacionaban con una salud percibida peor y con menor nivel de esperanza. En este sentido, se ha demostrado que uno de los condicionantes más claros de la actitud negativa hacia la vejez en la edad avanzada es la pérdida de salud percibida, la cual se puede convertir, según Kalish (1991), en el principal detonante de la aparición de pensamientos negativos y en la causa de un motivo importante de rechazo hacia la vejez.

Los resultados encontrados en esta variable, apuntan a que los participantes que obtienen una puntuación elevada en el CENVE son los que tienen, al mismo tiempo, una actitud menos positiva hacia el propio envejecimiento. Sugerimos, a un nivel exploratorio, que las personas mayores con un alto grado de creencias negativas hacia la vejez son aquellas que perciben su salud negativamente y que tienen un bajo estado de ánimo. Este último aspecto puede manifestarse en un pobre nivel de autoestima y de optimismo. Asimismo, creemos que estos resultados pueden relacionarse también con los que encontraron Harris et al. (1976), que demostraron que las personas tienden a percibir a los otros del propio grupo con problemas similares a los que ellos mismos están experimentando. En cambio, las personas que obtienen una baja puntuación en el CENVE, tendrían una actitud más positiva hacia el propio proceso de envejecimiento, así como una percepción favorable de la salud y un estado de ánimo positivo, en cuanto a altos niveles de autoestima y de optimismo.

En cuanto a la variable *salud relacionada con la calidad de vida*, la medida utilizada ha sido el *Perfil de salud de Nottingham*, (NHP) de Hunt et al. (1984). Esta escala intenta evaluar la salud a través de una serie de elementos que se refieren a diferentes aspectos relacionados con la calidad de vida en las personas ancianas, tales como: *reacciones emocionales, aislamiento social, sueño, energía, dolor y movilidad*. Como se ha dicho, puntuaciones más elevadas en la escala

corresponden a un peor estado de salud. En el análisis de correlación canónica, se ha encontrado que puntuaciones más elevadas en el Perfil de Salud de Nottingham corresponden a altas puntuaciones en el CENVE. Estos resultados indican, por tanto, que las personas que tienen más creencias negativas hacia la vejez son, asimismo, las que presentan un estado de salud percibido más deficiente en todas las dimensiones que evalúa esta escala.

Ante todo, hay que resaltar que la evaluación del estado de salud realizada por el propio sujeto es un indicador que ha sido objeto de especial atención en la investigaciones gerontológica (Montorio, 1991), y que se ha encontrado relacionada con facetas vitales muy diversas. Por ejemplo, Thomae (1983) ha encontrado que el estado subjetivo de salud se relaciona con el estado de ánimo, la actitud ante el futuro y una tendencia a afrontar activamente los problemas. Asimismo, Palmore (1972) ha demostrado relaciones entre la valoración favorable de la salud y tener un grado elevado de movilidad física. Por su parte, Kaplan y Canach (1983), en un estudio longitudinal de nueve años, encontraron que la salud percibida es un importante predictor de mortalidad de los ancianos.

Por otra parte, la manera de percibir y de vivenciar la importancia de los trastornos de salud está determinada, en opinión de Lehr (1980, p. 314) “por la situación biográfica global del sujeto, es decir, por las experiencias vitales y por la estructura de su personalidad, por las circunstancias internas y externas del momento, incluidas sus implicaciones sociales y por la índole y el grado de orientación individual hacia el futuro”. De esta forma aparece, como se ha dicho repetidamente, que el juicio subjetivo sobre la salud no suele coincidir con los datos médicos objetivos. Además, se ha demostrado que la percepción de la propia salud determina muchos aspectos del comportamiento del sujeto en referencia a los hábitos de salud que mantiene. Por ejemplo, Palmore (1972) encontró que las personas que habían tenido hábitos de vida saludables en periodos anteriores de su vida, se sentían también fundamentalmente sanas en edades avanzadas.

En nuestro país, según han reiterado los resultados de varias encuestas realizadas por el IMSERSO (1991; 1995; 2002) la salud es el aspecto que despierta más preocupación en los mayores, pues la idea de llegar a perder la independencia o a

desenvolverse en la vida cotidiana y la imposibilidad de autonomía, es un motivo de gran intranquilidad y desazón entre esta población. Por ello, el deterioro de salud percibido, aunque no les limite estas actividades, puede afectar a su estado de ánimo. Así, el retraimiento al ámbito doméstico y familiar más cercano puede llegar a ser consecuencia de la salud percibida más que de los problemas objetivos de salud. Así, en estos informes se ha encontrado que la percepción del estado de salud es más determinante del riesgo de sufrir dependencia que el hecho mismo de padecer enfermedades.

No obstante, Lehr (1980) encontró que la mayor parte de los sujetos mayores son optimistas en cuanto a su salud, lo que coincide con el informe del IMSERSO (2002), según el cual solo uno de cada cinco sujetos percibe su salud desfavorablemente.

Por otra parte, la importancia de la percepción de la salud en el comportamiento del sujeto resalta en los problemas relativos al aislamiento. Así, hay autores que consideran que el riesgo principal de las personas de edad avanzada reside en el ámbito de los contactos sociales, puesto que unas condiciones de salud desfavorables en cuanto a la posibilidad de movilidad física favorecen la soledad social (Iglesias de Ussel, 2001). Así, la simple sensación de la pérdida paulatina de salud puede predisponer a muchos mayores negativamente para la participación social, Si a esto se añade que la desgana respecto a desplazarse, influenciado por el deseo de evitar esfuerzos, aumenta de forma progresiva con la edad avanzada (Lehr, 1980), como consecuencia es fácil que se incremente la incapacidad para moverse.

Lehr (1980) considera que el aislamiento social en que se encuentran muchos sujetos de edad avanzada puede ser también una consecuencia de la falta de intereses de estas personas, puesto que si permanecen fijadas en sus pensamientos a las molestias corporales, limitan con ello su espacio vital. De esta forma, para esta autora, la falta de contactos sociales puede considerarse también como causa concomitante de un escaso estímulo mental. Desde esta perspectiva, la pobreza de intereses sería una consecuencia de la pobreza mental que contribuiría a la soledad de los ancianos, sobre todo en las capas sociales más desfavorecidas. Schmitz-Scherzer (1991) comprobó que cuando peor percibían los sujetos la propia salud, tenían menos visitas y comportamientos de ocio, y que desarrollaban más pasividad general.

Finalmente, proponemos que las relaciones entre el estado de salud y la alta puntuación en el CENVE se corresponden con las personas con menos nivel educativo, que son, asimismo, las que en la variable *salud subjetiva*, perciben su salud desfavorablemente en comparación con las personas de su edad. Estos resultados aparecen coherentes con los obtenidos por Alonso, Prieto y Antó (1994), los cuales encontraron que las personas con menos nivel de estudios eran las que tenían un peor estado de salud en todas las dimensiones del *Perfil de Salud de Nottingham*.

DISCUSIÓN GENERAL

En relación con el primer estudio se ha presentado un instrumento para la medición de los estereotipos negativos sobre la vejez. Este instrumento, que está compuesto por 15 ítems, ha arrojado en el análisis estadístico tres factores correspondientes al estereotipo negativo hacia la vejez en las dimensiones *salud*, *motivacional-social* y *carácter-personalidad*. Sobre las características que, desde el punto de vista metodológico, presenta dicho cuestionario, puede decirse que los factores están bien contruidos y que son homogéneos en cuanto al número de ítems de que se compone cada factor. Asimismo, las correlaciones entre los factores indican que las puntuaciones entre las tres dimensiones están directamente relacionadas. En cuanto a su contenido creemos, de la revisión de la literatura que se ha realizado sobre el tema, que los tres factores que lo componen pueden considerarse representativos de las creencias sociales negativas más frecuentes hacia la vejez (Cuddy y Fiske, 2002; Palmore, 1990; Thornton, 2002). Por tanto, puede ser un instrumento útil para la finalidad para la que se ha diseñado.

Por otra parte, el cuestionario está formado por elementos de fácil comprensión para todos los estratos de edad de la población anciana, con independencia del nivel educativo. No cabe duda de que podrían haberse considerado otros estereotipos hacia la vejez que no se han incluido en el CENVE. No obstante, como se ha dicho, esta tesis se proponía comprobar posibles relaciones entre la asunción de los estereotipos negativos más comunes, y aspectos de la realidad actual de esta población. Puesto que se ha comprobado en este estudio la existencia de dichas relaciones, creemos que la evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez realizada con el CENVE puede servir como un elemento diagnóstico para una posible intervención posterior. Por ello, este cuestionario supone una nueva aportación a la evaluación para la intervención psicológica, en un campo en el que, aunque existen otros cuestionarios muy utilizados, de los que se ha dado cuenta en la parte teórica, no se han estudiado en ellos las propiedades psicométricas. Además, consideramos que el CENVE puede utilizarse en poblaciones diferentes, tanto lo que se refiere a grupos de edad como de ámbitos

culturales y profesionales diversos, así como en la comparación entre muestras de ancianos institucionalizados y residentes en la comunidad, entre otras posibilidades.

Respecto al segundo estudio realizado sugerimos, basándonos en los resultados encontrados, que el perfil de las personas con alto nivel de estereotipos se corresponde con aquellas que tienen más edad, un bajo nivel educativo, una pobre actividad física, que no mantienen relaciones sociales ni responsabilidades hacia otros, que presentan un bajo nivel de autoestima y de optimismo que se perciben con una edad superior a la cronológica y con una salud desfavorable, y finalmente, con las personas que tienen una actitud negativa hacia su proceso de envejecimiento. Por el contrario, el perfil de las personas con un bajo nivel de estereotipos se correspondería con las personas de menor edad, alto nivel educativo, con las que mantienen un buen nivel de actividad física, relaciones sociales frecuentes y un compromiso activo hacia otros, con niveles de autoestima y optimismo elevados, con una edad subjetiva inferior a la cronológica y con una positiva percepción de la salud, además de con una actitud positiva hacia su proceso de envejecimiento. Estos resultados son consistentes con la investigación previa (Baum y Boxley, 1983; Fernández-Ballesteros, 1992; Harris et al., 1976; Heckhausen y Krueger, 1993, 1995; Heckhausen y Brim, 1997; Levy et al., 2002; O'Gorman, 1980; Ward, 1977).

Una cuestión que hay que tener en cuenta, es que la población con la que hemos realizado este estudio es representativa de unos condicionantes socioculturales que le son propios y que van a diferir de los de futuras poblaciones de ancianos. Por ejemplo, parece lógico que las creencias negativas ingenuas hacia la vejez, como las que contienen los estereotipos negativos, sean mayores en las personas que tienen menos años de escolaridad. Así, se ha demostrado que a medida que aumenta el nivel educativo, hay una tendencia a rechazar como falsas, al menos a un nivel explícito, tales creencias ingenuas (Levy, 2003). En el caso de la población estudiada, el nivel educativo de la mayor parte de ella es bajo, ya que 49% de la muestra no ha llegado a completar el nivel de enseñanza primaria, y solamente el 10% alcanza o supera el nivel de bachiller. En consecuencia, consideramos que este es un elemento que atraviesa de forma determinante los resultados encontrados en este trabajo, ya que, como se ha señalado repetidamente, el nivel educativo es uno de los factores que aparecen ligados a la

asunción de las creencias negativas hacia la vejez (Fernández-Ballesteros, 1992; Palmore, 1990; Ward, 1977). No obstante, hay que señalar que el nivel educativo de la población de este estudio es sólo ligeramente más bajo del que se encontró en una encuesta realizada recientemente por el IMSERSO a un nivel nacional. En este documento (IMSERSO, 2002, p. 21) se informa que “uno de cada 10 mayores son analfabetos y que un 35,7% adicional no ha completado estudios primarios”.

De igual modo, no puede obviarse la situación sociohistórica en la que se ha desarrollado la infancia y la adolescencia de la población que compone este estudio, puesto que las personas más jóvenes de la muestra nacieron durante los años de la pasada contienda civil. Esto quiere decir que la mayor parte de esta población ha vivido una amplia etapa de su vida, marcada por unos condicionantes sociales y culturales deficitarios. Además, para muchos de los participantes es fácil que el bajo nivel de estudios que presentan, derive directamente de las condiciones personales adversas que padecieron durante su infancia. Por ello creemos que, en trabajos posteriores, probablemente se encontrarán resultados diferentes en las variables que aparecen ligadas al nivel educativo, puesto que éste ha de ser más elevado que el de las generaciones de mayores que han participado en el presente estudio. Así, presuponemos que un buen nivel educativo ha de encontrarse asociado con hábitos de promoción de la salud, tales como mantener un grado elevado de actividad física y de participación en actividades sociales, más allá del ámbito estrictamente familiar.

En lo que se refiere a la *actividad física*, se ha encontrado que el 49% de la población del estudio no mantiene tipo alguno de actividad física orientada a promover la propia salud. Esta variable aparece como un elemento de importancia en los resultados de estudios como los de Stathy et al. (2002) o Unger et al. (1997), puesto que en estos trabajos se han encontrado relaciones entre la actividad física mantenida y aspectos motivacionales y de relación interpersonal en personas mayores. Por ejemplo, Stathy et al. (2002) sugieren que la actividad física continuada protege a los individuos del aislamiento social, además de favorecer la salud, mental y física. Por nuestra parte, de los resultados encontrados en esta variable sugerimos que, para muchas personas mayores, el realizar actividades de estas características, como por ejemplo, la práctica de algún deporte, puede constituir actualmente un obstáculo importante, derivado de la imagen negativa de la ancianidad que existe en la sociedad, lo cual es señalado

asimismo por Lehr y Thomaes (2003). Tal obstáculo se añadiría a las características individuales y a los propios prejuicios de que las energías están agotadas, lo que puede facilitar que muchas personas de edad avanzada tiendan a acomodarse en la pasividad física. De esta forma, la conciencia del propio declive corporal podría representar, más que un estímulo que empuje a los sujetos a esforzarse activamente para intentar lentificar tal declive, a ser una traba que condicione a muchas personas mayores la práctica de actividades deportivas, sobre todo en el caso de las mujeres (Lehr y Juchtern, 1997). Hay que tener en cuenta que las mujeres que ahora tienen más de 60 años, apenas tuvieron oportunidad de practicar deportes durante la etapa escolar y en su juventud. Así, puesto que las actividades para mantenerse en forma en la edad avanzada parecen depender de la práctica deportiva practicada en periodos anteriores de la vida (Lehr, 1997), es fácil que los mayores de las próximas generaciones presenten hábitos de vida más comprometidos con la promoción de la propia salud, y que las condiciones reales de ésta sean más positivas para ellos.

En cuanto a la falta de cualquier tipo participación social comunitaria (centros de mayores, clubes, asociaciones, voluntariado) que manifiesta el 63% del total de la muestra, hay que resaltar que la mayor parte de esta población corresponde a mujeres. Estos resultados pueden guardar relación con los hábitos ligados a los roles tradicionales de género, que han favorecido que las mujeres permanezcan más ligadas que los hombres al ámbito exclusivo de la familia por lo que, en esta etapa, suelen mantener menos relaciones sociales que aquellos (Lehr, 1980; IMSERSO, 2002). De igual modo estos resultados pueden relacionarse con aspectos de motivación personal. El bajo nivel de participación social que se ha encontrado es importante, por cuanto hay un cuerpo abundante de estudios que han demostrado el impacto positivo que desempeña en los adultos mayores, tanto en la percepción de la salud como en el estado anímico, un alto grado de participación e implicación social (Graney, 1975; Leinonen et al., 2002; Oman et al., 1997, Schmitz-Scherzer, 1975). Asimismo, es de destacar que solamente un 5% de la muestra realiza actividades de voluntariado social, aspecto que, como se ha dicho, se ha encontrado también asociado con sentimientos de bienestar y satisfacción con la vida (Stevens, 1993). Sin embargo, puesto que parece ser que este tipo de actividades suelen estar relacionadas con el alto nivel educativo de los sujetos (IMSERSO, 1996), los resultados que se han obtenido en lo que se refiere a la escasa representación de la

muestra en este tipo de actividades, están en consonancia con el pobre nivel de estudios de la mayor parte de la población encuestada.

Relacionado con el punto anterior es el las *responsabilidades hacia otras personas*, las cuales se han encontrado también relacionadas con la utilidad percibida (Stevens, 1993). Del mismo modo, Ranzjin et al. (1998) encontraron que el sentimiento de ser útil a otros contribuye esencialmente al aprecio de uno mismo y al sentimiento de autoestima en las personas de más de 80 años. Por nuestra parte sugerimos, de los resultados encontrados, que mantener algún tipo de responsabilidades hacia otros puede actuar como un factor de protección que, en esta etapa, contribuya a aumentar en los sujetos el sentimiento de autoeficacia percibida, de la propia utilidad y de la satisfacción vital. No obstante, habría que indagar más en las condiciones específicas en las que las personas mayores desarrollan estas tareas de compromiso hacia otros. Por ejemplo, es posible que para aquellas que se ocupan de cuidados referentes a algún nieto, cuando las responsabilidades asumidas son puntuales y están compartidas con los padres del niño, es fácil que actúen en ellas como un factor estimulante y motivador. En cambio, puede ser diferente si las tareas de ayuda a otros se realizan forzosamente, o bien cuando se trata del cuidado de un enfermo que necesita atención permanente, como ocurre con los ancianos que atienden a su pareja afectada con algún tipo de demencia. En estos casos, tales responsabilidades pueden suponer más bien una sobrecarga física y psicológica para el cuidador mayor, con las consiguientes repercusiones adversas en su estado anímico y de salud (IMSERSO, 2002).

En la variable *salud subjetiva*, los resultados obtenidos muestran que las personas que perciben su salud *igual* o *peor* que la de las personas de su edad, obtienen una puntuación más elevada en el CENVE. Es sabido que el estado objetivo de la salud no es, por sí solo, una medida adecuada de la salud de un sujeto. Por el contrario, el juicio subjetivo sobre la salud varía notablemente en relación con los datos médicos (Baltes y Smith, 2002; Lehr, 1980; Montorio, 1991). Además, se ha encontrado una tendencia en los sujetos a evaluarse favorablemente cuando se comparan con las personas de su edad (Heckhausen y Krueger, 1993; Heckhausen y Brim, 1997; Harris et al., 1976; O'Gorman, 1980), por lo que no es usual que las personas perciban su salud como inferior a la de la mayoría de sus pares en edad. Debido a ello se sugiere, a título exploratorio, que las personas que se perciben con una salud peor, al compararse con

las de su misma edad, pueden ser aquellas que también tienen escasas motivaciones e intereses vitales y un bajo estado anímico puesto que, como señala Siegler y Costa (1985), la percepción de la salud tiende a ser más pesimista cuanto mayor es el aislamiento y menor la actividad física de los sujetos.

En cuanto a la variable, *frecuencia de visitas al médico*, los resultados muestran que las personas que obtienen una alta puntuación en el CENVE, son las que van al médico con más frecuencia. La significación estadística se ha encontrado en el factor *salud*. Estos resultados parecen coherentes con el hecho de que un mal estado de salud percibido guarde relación con una mayor demanda de consultas médicas.

Ligada a las dos anteriores es la variable *salud relacionada con la calidad de vida*. En ella se ha encontrado que altas puntuaciones en el CENVE se corresponden con una puntuación elevada en las distintas dimensiones del Perfil de salud de Nottingham: *reacciones emocionales, aislamiento social, sueño, energía, dolor y movilidad*. Este resultado es interesante por cuanto muestra una relación significativa entre el grado de creencias negativas hacia la vejez y todas las dimensiones de la escala y sugieren, a un nivel exploratorio, que las creencias negativas hacia la vejez por parte de las personas mayores, dependen de la autopercepción en una amplia variedad de facetas vitales, las cuales guardan relación con el bienestar psíquico y físico de los individuos.

En cuanto a los resultados encontrados en las variables *autoestima* y *optimismo*, sobre la primera de ellas los resultados son similares a los que obtuvo Ward (1977), el cual encontró, en una muestra de personas mayores no institucionalizadas, relaciones significativas entre un bajo nivel de autoestima y mantener una percepción negativa hacia la vejez. Sugerimos de los resultados del presente estudio que un alto grado de creencia en los estereotipos negativos de la vejez se asocia a menor autoestima en las personas mayores. Por lo que se refiere al *optimismo*, los resultados encontrados sugieren, a un nivel exploratorio, que las personas con más creencias negativas hacia la vejez pueden ser aquellas que mantienen menos intereses vitales. Por ejemplo, es posible que un alto nivel de optimismo se relacione con las personas que mantienen una elevada participación social y un compromiso activo hacia otros. Asimismo, la relación significativa encontrada entre la puntuación en el CENVE y el nivel de optimismo de los sujetos, puede relacionarse con las consideraciones de autores como Lehr (1996),

Mclenon (1997); Maroto et al., (1990), Scheier y Carver (1992) y Schmitz-Scherzer (1991), acerca de que la orientación en el futuro próximo puede facilitar a las personas mayores percibir más aspectos positivos de su situación actual.

Otro elemento a tener en cuenta es, como se ha apuntado, la posibilidad de que parte de las personas de la muestra presenten trastornos de carácter depresivo. Así, sugerimos, a nivel exploratorio, que un bajo nivel de autoestima y de optimismo junto a otros aspectos, tales como la falta de actividad física, pueden estar relacionados con un estado de ánimo depresivo. También puede pensarse, en el caso de las personas que se perciben como siendo más mayores que su edad cronológica, que es posible que este hecho guarde relación con trastornos de tipo depresivo, ya que se ha demostrado que las personas mayores tienden a percibirse con menos edad que la cronológica (Bazo, 1990; Baum y Boxley, 1983). Por ejemplo Baum y Boxley (1983) encontraron relaciones entre la edad subjetiva y la salud psíquica y física, así como en el grado de participación vital de los sujetos. Por tanto, sugerimos que un estado de salud subjetivo *peor* que el de las personas del mismo grupo de edad, unido a percibirse subjetivamente con más años que los que se tienen, son aspectos que, conjuntamente, podrían estar ligados a una situación anímica depresiva en las personas mayores.

En cuanto a la significación estadística encontrada entre la puntuación en el CENVE y la variable *actitud hacia el propio envejecimiento*, puede relacionarse con los resultados encontrados por Levy et al. (2002), los cuales han demostrado que la actitud hacia el propio proceso de vejez se relaciona con el riesgo de mortalidad y con el declive funcional de las personas mayores. Asimismo, han encontrado que las autopercepciones sobre la vejez son independientes de elementos tales como la edad, la salud, la soledad o el estatus socioeconómico, así como que las imágenes negativas hacia la vejez guardan relación con un mal estado de salud percibido y con menor nivel de esperanza. Por todo ello, y partiendo de los resultados encontrados, sugerimos que las personas mayores que sostienen un alto grado de creencias negativas hacia la vejez, son aquellas que mantienen una actitud negativa hacia su propio proceso de envejecimiento.

Finalmente, los resultados encontrados pueden sugerir la interrelación entre los tres conjuntos de variables que se han estudiado, *sociodemográficas*, *psicosociales* y *psicológicas*. El hecho de que el estereotipo negativo sobre la vejez se asocie a variables

sociodemográficas, psicosociales y psicológicas es congruente con los postulados del enfoque del ciclo vital, que defiende la necesidad de estudiar la etapa de la vejez, como cualquier otra de la vida humana, dentro de una multiplicidad de ámbitos y de circunstancias personales, todas las cuales se encuentran imbricadas entre sí.

Somos conscientes de las limitaciones que presenta este trabajo puesto que, debido a que aún existen en España pocos estudios con una población de las características como la que aquí se presenta, hemos tenido que recurrir a remitirnos, al revisar la bibliografía existente, a estudios realizados con poblaciones de contextos socioculturales diferentes, como es el ámbito anglosajón. Así, nos hemos arriesgado a extrapolar los resultados de tales estudios a los que se han encontrado en este trabajo. Asimismo hay que tener en cuenta que este estudio ha realizado a un nivel exploratorio en algunas de las variables analizadas.

Por otra parte, en cuanto al cuestionario construido (CENVE), sería necesario realizar diferentes trabajos empíricos que permitan verificar si, una vez perfeccionado, este instrumento demuestra que puede discriminar otras variables relevantes en el campo de la investigación con personas mayores. También harían falta nuevos estudios de fiabilidad y validez, con muestras de diferentes contextos, por ejemplo, culturales así como personas institucionalizadas vs. las que continúan viviendo en su medio habitual, entre otros, para consolidar la estructura factorial.

También es necesario tener en cuenta que, en una población de personas mayores numerosa, como es el caso de la muestra que se presenta en este estudio, es fácil que un cierto número de ellas estén experimentando pérdidas por las que resulten afectados sus intereses vitales y motivacionales así como las relaciones interpersonales y afectivas. Por todo ello, creemos que hubiera sido interesante haber dispuesto, entre las escalas con que se ha evaluado a esta población, de una medida relativa a la depresión. Posiblemente, este elemento añadido hubiera aportado datos que ayudaran a comprender algo más de las relaciones que se han encontrado entre las variables analizadas y la puntuación obtenida en el CENVE.

Por todo ello, y teniendo en cuenta los resultados encontrados, parece de interés seguir indagando por ejemplo, acerca de las relaciones que han aparecido entre la

puntuación en el CENVE y el mantener responsabilidades hacia otros. Así, sería interesante comprobar las diferencias que existen entre las personas mayores que han asumido libremente esas responsabilidades, en relación con aquellas a las que les han sido impuestas por circunstancias adversas. Por ejemplo, entre las personas mayores que prestan ayuda a los hijos en tareas mutuamente acordadas, o las que realizan actividades de voluntariado social, en comparación con aquellas en que, debido a la aparición de una enfermedad grave en uno de los miembros de la pareja, el otro le atiende durante tiempo indefinido, o bien con las mujeres mayores de 65 años que asumen el rol de cuidador principal de alguno de sus propios padres.

Asimismo, sería interesante analizar las diferencias en cuanto a las creencias y actitudes hacia la vejez que mantienen las personas que viven en su propio domicilio y que, por lo tanto, mantienen una continuidad en sus relaciones sociales y en su medio ambiental, respecto a las que viven en una residencia. De igual forma, evaluar las creencias que mantienen hacia la vejez diferentes grupos de profesionales que se ocupan de la población anciana, así como cuidadores, formales e informales, y comprobar si tales creencias guardan relación con determinadas conductas de los mayores, de dependencia y de autonomía, en función de las expectativas que se mantienen hacia ellos.

Otro estudio de interés sería, como se ha dicho, investigar las posibles relaciones entre una alta puntuación en el CENVE y la patología depresiva, puesto que se ha comprobado la relación entre este tipo de trastornos en la vejez y algunas de las variables que se han estudiado. Creemos que podrían efectuarse estudios con diferentes muestras seleccionadas de pacientes depresivos, cuidadores de enfermos, etc., para profundizar en su utilidad para el diagnóstico y la intervención psicológica.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo se elaboró con dos objetivos generales. El primero de ellos se proponía analizar las propiedades psicométricas de un cuestionario diseñado para evaluar estereotipos negativos hacia la vejez. El segundo objetivo consistía en comprobar las relaciones entre la puntuación obtenida por los participantes en el cuestionario, con diferentes variables, las cuales han sido elegidas por considerar, sobre la base de estudios precedentes, que guardan algún nexo asociativo con la percepción que las personas mayores tienen de sí mismas. Ambos estudios se han realizado con personas mayores de 65 años, habiéndose considerado la vejez a partir de esta edad por la relación que guarda tradicionalmente con la jubilación.

En relación con el primer objetivo, se ha presentado el instrumento denominado *Cuestionario de Estereotipos Negativos Hacia la Vejez*, con el acrónimo CENVE, el cual arroja tres factores: *salud, motivacional-social y carácter-personalidad*, que son congruentes con los contenidos de los estereotipos negativos de la vejez derivados de investigaciones previas.

Respecto al segundo objetivo, se ha encontrado que el perfil de los sujetos con un alto grado de estereotipos negativos hacia la vejez parece corresponderse con el siguiente: personas de avanzada edad, bajo nivel de estudios, que mantienen escasas actividades de tipo físico y social, que no tienen responsabilidades hacia otros, que presentan bajos niveles de autoestima y de optimismo, que se perciben con una edad superior a la cronológica y con un desfavorable estado de salud y que mantienen una actitud negativa hacia su propio envejecimiento. Por otra parte, este perfil se relaciona con tres conjuntos de variables analizadas: *sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*, lo que es coherente con el enfoque del ciclo vital, que defiende el estudio del proceso de envejecimiento humano como el producto de múltiples relaciones, complejas y dispares entre sí.

Creemos que este trabajo tiene el interés de enmarcarse dentro de un cuerpo novedoso de investigaciones, en el que se pone de manifiesto el impacto que las creencias hacia la vejez pueden tener en facetas muy diversas de la vida de los

mayores. De igual modo, el presente trabajo puede aportar nuevos datos al espacio, aún muy reducido en España, de los programas de intervención psicológica con personas mayores. Así, puesto que han aparecido relaciones significativas entre la puntuación en el CENVE y determinados hábitos de vida de los participantes que se asocian a la salud física y psicológica, parece adecuado hacer investigaciones con programas de intervención, diseñados con la finalidad de modificar las creencias erróneas que pueden facilitar a muchas personas mayores el caer en la inactividad mental, física y social. En este sentido creemos que, puesto que el *ageism* implica un proceso de estereotipos y discriminación contra las personas, por el hecho de su edad avanzada (Butler, 1969), la evaluación de uno de los componentes de que se nutre este fenómeno, como es el de las creencias negativas que los individuos sostienen hacia la vejez, puede servir como un mecanismo a emplear que posibilite avanzar en la prevención y reducción de las manifestaciones del *ageism* en nuestra sociedad. Tal evaluación puede dirigirse a diferentes grupos de sujetos, desde muestras de niños de distintas edades, pasando por las propias personas mayores, por los cuidadores y, desde luego, por los profesionales que se encuentran implicados de cualquier forma en la atención y en el cuidado de ancianos. De esta evaluación se podría pasar posteriormente a la puesta en práctica de programas de intervención dirigidos a promover, en función de la población evaluada, un conocimiento más objetivo y profundo de los procesos del envejecimiento humano. Como se sostiene desde la perspectiva del “envejecimiento activo” que promueve la OMS (2002), se hace necesaria una toma de conciencia por parte de las instituciones sociales y políticas para favorecer, desde edades tempranas de la vida, una imagen positiva del envejecimiento. Este objetivo únicamente se puede conseguir fomentando la participación activa de las personas mayores en todos los ámbitos sociales, proporcionando formación y educación especializada en psicogerontología a los profesionales médicos, sanitarios y de los servicios sociales, y alentando a los grupos que representan a las personas mayores a hacer frente a los estereotipos negativos y a la discriminación por causa de la edad.

Parece claro que la última etapa de vida no puede separarse de los aspectos sociales y de las circunstancias personales de los individuos, pero tampoco de las oportunidades que se tienen para tomar parte activa y responsable en el propio proceso de envejecimiento. Así, por una parte es la sociedad, con las expectativas de roles, la que moldea a determinados grupos de sujetos en el sentido de una actividad corporal y

mental más reducida en la edad avanzada. Pero también es el propio sujeto quien se hace responsable de asumir tales expectativas y de adoptar conductas y actitudes que le perjudican. Por todo ello, creemos que es importante abordar, desde distintas vertientes, la amplia red de actitudes y creencias erróneas determinadas por la sociedad y por uno mismo, que pueden hacer que la vejez sea vivida por muchas personas mayores como un estigma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaronson, B.W. (1966). Personality stereotypes of aging. *Journal of Gerontology*, 21, 458-462.
- Aarsen. M.J., Smits, C., Van Tilburg, T., Knipsscheer, K. C. y Deeg, D. J. (2002). Activity in Older Adults: Cause or Consequence of Cognitive Functioning? A Longitudinal Study on Everyday Activities and Cognitive Performance in older Adults. *Journal of Gerontology*, 57(2), 153-162.
- Abellán, A. (1996). *Envejecer en España*. Madrid: Fundación Caja de Madrid.
- Abril, V. y Musitu, G. (2000). Análisis psicosocial sobre el estilo de vida de las personas mayores. *Información Psicológica*, 73, 61-70.
- Achat, H., Kawachi, I. Spiro, A., Demolles, D. y Sparrow. D. (2000). Optimism and depression as predictors of physical and mental health functioning: The normative Aging Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(2), 127-130.
- Adler, E. (2000). Implicit stereotypes? *New Scientist*, 39-41.
- Adorno, T., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. y Sanford, R. (1950). *The authoritarian personality*. New-York: Harper.
- Adroher, S. (Coord.). (2000). *Mayores y familia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/Universidad Pontificia de Comillas.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Alaphilippe, D. (1997). Place de l'estime de soi et de l'intériorité dans la définition identitaire chez les personnes âgées. *Bulletin de Psychologie*, 50(428), 173-180.
- Alarcón, T. (2001). Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿Necesidad o falta de formación? *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 21, 361- 376.
- Albert, M. S., Jones, K. y Savaje, C.R. (1995). Predictors of cognitive change in older persons. *Psychology and Aging*, 10, 578-589.
- Alexander, N. B., Guire, K. E., Thelen, D. G., Asthon-Miller, J. A., Schultz, A. B. Grunawalt, J. C. y Giornadani, B. (2000). Self reported walking ability predicts functional movility performance in frail older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 1408-1413.
- Alicke, M. D., Klotz, M. L., Breitenbecher, D. L., Yurak, T. J. y Vredenburg, D. S. (1995). Personal contact, individuation, and better-than-average effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 804-825.
- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Addison-Wesley.
- Alonso, J., Antó, J. M. y Moreno, C. (1990) The Spanish version of the Nottingham Health Profile. Translation and preliminary validity. *American Journal Public Health*, 80, 704-708.
- Alonso, J., Prieto, I. y Antó, J. M. (1994). The Spanish Version of the Nottingham Health Profile: A review of adaptation and instrument characteristics. *Quality Life Research*, 3(6), 385-393.

- Altarriba, F. (1992). *Gerontología: Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer*. Barcelona: editorial Boixareu Universidad.
- Alvaro, J. L. (1988). Desempleo y bienestar psicológico. Tesis doctoral no publicada. Universidad Complutense de Madrid.
- Amador, J., Malagón, F. y Mateos, G. (2001). Los estereotipos de la vejez. En A. Colom y C. Orte (Coord.), *Gerontología educativa y social*, (pp. 57-75). Palma: Universitat de les Illes Balears.
- Amy, J. C., Cuddy, C. y Fiske, S. (2002). Doddering but dear: Process, content and function in stereotyping of older persons. En T. Nelson. *Ageism. Stereotyping and prejudice older persons*. Massachusetts: A Bradford book. MIT Press.
- Anderson, G. (1996). The benefits of optimism: A meta-analytic review of the Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, 21(5), 719-725.
- Antequera, R. y Blanco, A. (1998). Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano. En L. Salvarezza (compilador), *La vejez. Una mirada gerontológica actual* (pp. 95-124). Buenos Aires: Paidós.
- Antonucci, T. C. y Jacson, J. (1990). Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. En L. L. Cartensen y B. A. Edelstein, *Gerontología clínica, Intervención psicologica y social*. Barcelona: Martinez Roca.
- Antonucci, T. C. y Ajiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination on the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42, 819-527
- Aranguren, J. L. (1992). *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: INSERSO.
- Arber, S. y Ginn, J. (1996). *Relacion entre género y envejecimiento*. Madrid: Narcea.
- Arluke, A. y Levin, J. (1984). Another stereotype: Old age as a second childhood. *Aging*, 7-11-U.S. *Department of Health, Education and Welfare*.
- Arquiola, E. (1995). *La vejez a debate. Análisis histórico de la situación socio-sanitaria de la vejez en la actualidad*. Madrid: CSIC.
- Arriola, E. (1999) Envejecimiento, anciano frágil y atención sociosanitaria. *Gerokomos*, 10(2), 69-72.
- Artístico, D., Baldassary, Fr., Lauriola, M. y Laicardi, C. (2000). Dimensions of health-related dispositional in elderly people. Relationships with health behavior and personality traits. *European Journal of Personality*, 14(6), 533-552.
- Ashmore, R. D. y Del Boca, F. K. (1981). Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. En D. L. Hamilton (Ed.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior* (pp.1-35). Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Atchley, R. C. (1999). *Continuity and adaptation in aging. Creating positive experiences*. Baltimore: J. Hopkins University Press.
- Atienza, F., Balaguer, I., Garcia-Marita, M. L. y Moreno, Y. (1997). Análisis de las diferencias individuales entre chicos y chicas adolescentes en la práctica regular de actividad física en

- función de la autopercepción física. *VI Congreso Nacional de Psicología del Deporte*. Las Palmas de Gran Canaria.
- Atienza, F., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología*, 22(1-2), 29-42.
- Auer, A. (1997). *Envejecer bien: Un estímulo ético-teológico*. Barcelona: Herder.**
- Avia, M. D. y Vazquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.
- Axelrod, S. y Eisdorfer, C. (1961). Attitudes toward old people: An empirical analysis of the stimulus group validity of the Tuckman-Lorge Questionnaire. *Journal of Gerontology*, 16, 726-737.
- Bachman, J. G. y O'Malley, P. M. (1977). Self-esteem in young men: A longitudinal study of the impact of educational and occupational attainment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 365-380.
- Backman, K. y Maija, H. (2001). Factors associated with self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(3), 195-202.
- Bagozzi, R. P. (1993). An examination of the psychometric properties of measures of negative affect in the PANAS-X Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 836-851.
- Bagozzi, R. P. y Heartherton, T. F. (1994). A general approach to representing multifaceted personality constructs: Application to state self-esteem. *Structural Equation Modelig*, 1, 35-67.
- Baltes, P. B., Reese, H. W. y Nesserode, J. R. (1981). *Métodos de investigación en Psicología: Enfoque del ciclo vital*. Madrid: Morata.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M. y Linderberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.
- Baltes, M. M. y Reizenzein, R. (1986). The social world in long-term care institutions: Psychological control toward dependency. En M. M. Baltes y P. B. Baltes (Eds.), *The psychology of control and aging* (pp. 315-343). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span Developmental Psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: University Press.
- Baltes, P. B. (1993). The aging mind: Potential and limits. *The Gerontologist*, 33, 580-594.
- Baltes, M. M. y Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- Baltes, P. B. (1997) On the Incomplete Architecture of Human Ontogeny. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Baltes, P. B. y Smith, J. (2002). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. www.valenciaforum.com/Keinotes/pb.html.

- Banaji, M., Hardin, C. y Rothman, T. (1993). Implicit stereotyping in person judgements. *Journal of personality and Social Psychology*, 65, 272-281.
- Banaji, M. R. y Hardin, C. D. (1996). Automatic stereotyping. *Psychological Science*, 7, 136-141.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 191-215.
- Barak, B. (1998). Inner-ages of middle-aged prime-lifers. *International Journal of Aging and Human Development*, 46(3), 189-228.
- Barak, B. y Ruhtz, D. (1999). Perceived youth: Appraisal and characterization. *International Journal of Aging and Human Development*, 49(3), 231-257.
- Barash, D. (1994). *El envejecimiento*. Barcelona: Biblioteca Científica. Salvat.
- Bargh, J., Chen, M. y Burrows, S. (1996). Automaticity of social behavior: Direct effects of trait construct and stereotype activation on action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(2), 230-244.
- Baron, R. A y Byrne, D. (1977). *Social psychology: Understanding human interaction*. Boston: Allyn & Bacon.
- Bassuk, S., Class, T. y Berkman, L. F. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons (1999). *Ann-Inter-Med.*, 131(3), 165-173.
- Baum, S. y Boxley, R. (1983) Age identification in the elderly. *Gerontologist*, 23(5), 532-537.
- Baur, P. A. y Okun, M. A. (1983). Stability of life satisfaction in late life. *Gerontologist*, 23, 261-265.
- Bazo, M. T. (1990). *La sociedad anciana*. CIS. Centro de investigaciones sociológicas. Madrid: Siglo XXI.
- Bazo, M. T. (1995). El reto del envejecimiento: una reflexión sociológica. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 30(2), 95-97.
- Bazo, M. T. y Maiztegui, C. (1999). Sociología de la vejez. En M. T. Bazo, (Coord.). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid: Editorial médica panamericana.
- Becker, G. (1980). *Growing old in silence*. Berkeley: University of California Press.
- Beisecker, A. E. (1996). Older persons medical encounters and their outcomes. *Research on Aging*, 18(1), 9-31.
- Béland, F. y Zunzunegui, M. (1995). La ayuda recibida por las personas mayores. *Revista de Gerontología*, 5, 294-308.
- Bellezza, F. S. y Bower, G. H. (1981). Person stereotypes and memory for people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 856-865.
- Belsky, J. K. (1996). *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*, Barcelona: Mason.
- Ben-Zur, H. (2002). Coping, affect and aging: The roles of mastery and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 32, 357-372.

- Bengston, V. L., Burgess, E. O. y Parrot, T. M. (1997). Theory, explanation and a third generation of theoretical development in social gerontology. *Journal of Gerontology*, 52, 572-588.
- Benitez, M. A. (1994). Geriatría como área de competencia específica. *Atención Primaria*, 13, 105-106.
- Bennett, R. y Eckman, J. (1973). Attitudes toward aging: A critical examination of recent literature and implication for future research. En C. Eisdorfer y M. P. Lawton (eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 96-115). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Beran, B., Ernst, P. y Kleinhauz, M. (1982). Stereotypes and self-image: Learning to be old. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 18(1), 41-56.
- Berjano, E. y Berjano, F. (1999). La formación de los trabajadores sociales en el ámbito de la gerontología. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34, 151-155.
- Berjano, E., Pinazo, S. y Berjano, F. (1999). Evaluación funcional en personas de edad avanzada. En S. Yubero, M. Latorre, J. Montañés y E. Larrañaga (Coord.), *Envejecimiento, Sociedad y Salud* (pp. 102-140). Cuenca: Ed. de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Bermejo, F. (1999). El apoyo social a los “ancianos-ancianos”. Un llamativo déficit. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9, 127-128.
- Bernabei *et al.* (1998). Management of pain in elderly patients with cancer. *Journal American Medicine Association*, 279, 1877-1882.
- Bettelheim, B. y Janowitz, M. (1964). *Social Change and Prejudice*. New York: Free Press.
- Biernat, M., Manis, M. y Nelson, E. (1991). Stereotypes and standards of judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 485-499.
- Biernat, M., Vescio, T. y Green, M. (1996). Selective Self-Stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1194-1209.
- Billig, M. (1985). Prejudice, categorization and particularization: From a perceptual to a rhetorical approach. *European Journal of Social Psychology*, 15, 79-103.
- Blair, I. V. y Banaji, M. R. (1996). Automatic and Controlled Processes in Stereotype Priming. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1142-1163.
- Blascovich, J., Spencer, S., Quinn, D. y Steele, C. (2001). African Americans and high blood pressure. The role of stereotype threat. *Psychological Science*, 12, 225- 229.
- Blazer, D. (1997). Depression in the elderly: Myths and misconceptions. *Psychiatric of North America*, 20(1), 111-119.
- Blazer, D., Burchett, B. y Fillenbaum, G. (2002). APOE epsilon4 and low cholesterol as risk for depression in a biracial elderly community sample. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10 (5), 515-520.
- Bobbio, N. (1996). *De senectute*. Madrid: Taurus.

- Bodenhausen, C. V., Kramer, G. P. y Susser, K. (1994). Happiness and stereotyping thinking in social judgements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 621-632.
- Bonhote, K., Romano, E. y Cornwell, C. (1999). Altruism and creative expresión in a long-term older adult psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 20(6), 603-617.
- Borozdina, L. V. y Molchanova, O. N. (1997). The quality of self-concept in old age. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie*, 30(4), 298-305.
- Bowling, A., Farquhar, M. y Grundy, E. (1996). Associations with changes in life satisfaction among three samples of elderly people living at home. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(12), 1077-1087.
- Bowd, A. D. (2003). Stereotypes of elderly persons in narrative jokes. *Research on Aging*, 25(1), 22-35.
- Braithwaite, V. A. (1986). Old age stereotypes: Reconciling contradictions. *Journal of Gerontology*, 41, 342-360.
- Braithwaite, V. A., Gibson, D. y Holman, J. (1986). Age stereotyping: Are we oversimplifying the phenomenon? *International Journal of Aging and Human Development*, 22(4), 315-323.
- Braithwaite, V. A. (2002). Reducing Ageism. En T. Nelson (Ed.), *Ageism, Stereotyping and Prejudice against older persons*, (pp. 311-337). London: A Bradford Book.
- Brandtstädter, J., Wentura, D. y Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 323-349.
- Brandtstädter, J. y Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52-80.
- Brandtstädter, J., Rothermund, K. y Schmitz, U. (1997). Coping resources in later life. *European Review of Applied Psychology*, 47(2), 107-114.
- Brauer, M., Judd, C. M. y Jacquelin, V. (2001). The communication of social stereotypes: The effects of group discussion and information distribution on stereotypic appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(3), 463-475.
- Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O'Carhain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T. y Westlake, L. (1992). Using the SF-36 and EuroQol on an elderly population. *Quality of life Research*, 5, 195-204.
- Breckler, S. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1191-1205.
- Brennan, T. A. et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *Results of the Harvard Medical Practice Study Y.N. Engl. Journal Medical*, 324, 370-376.
- Brewer, M. B., Dull, V. y Lui, I. (1981). Perceptions of the elderly: Stereotypes as prototypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 656-670.
- Brewer, M. B. y Lui, L. (1984). Categorization of the elderly by the elderly. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10, 585-595.

- Brewer, M. B. (1988). A dual process model of impression formation. En T. K. Srull y R. S. Wyer (Eds.), *Advances in social cognition* (Vol. 1) Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brewer, M. B. y Lui, L. (1989). The Primacy of Age and Sex in the Structure of Person Categories. *Social Cognition*, 7(3), 262-272.
- Breyspraak, L. M. y George, L. K. (1979). Measurement of self-concept and self-esteem in older people: State of the art. *Experimental Aging Research*, 5(2), 137-148.
- Britton, J. O. y Britton, J. H. (1969). Discrimination of age by preschool children. *Journal of Gerontology*, 24, 457-460.
- Brower, T. (1985). Do nurses stereotype the aged?. *Journal of Gerontological Nursing*, 11, 17-22.
- Bryne, B. M. (1996). *Measuring self-concept across the life-span. Issues and instrumentation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1994). Jubilación, salud y envejecimiento. En José Buendía (Comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 69-87). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Buendía, J. y Riquelme A. (1997). *Gerontología y Salud: Perspectivas Actuales*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Bultena, G. y Powers, E. A. (1979) Denial of aging: Age identification and reference group orientations. *Journal of Gerontology*, 33(5), 748-754.
- Burke, J. L. (1981-1982). Young children's attitudes and perceptions of older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 14, 205-222.
- Busse, E. W. y Maddox, G. L. (1985). *The Duke longitudinal studies on normal aging: 1955-1980*. Nueva York: Springer Publ.
- Butler, R. N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Butler, R. N., Lewis, M. (1973) *Aging and mental health*. St. Louis.MO: C.V. Mosby Co.
- Butler, R. N. (1975). Why survive? Being old in America. *New York: Harper and Row*.
- Buttler, R. N. (1987). Ageism. En G. Maddox (Ed). *The encyclopedia of aging*. (pp. 22-23) New York:: Springer Publishing Co.
- Buttler, R. N. (1994). Dispelling ageism: The cross-cutting intervention. En D. Schenk y W. A. Achenbaum (Eds.), *Changing perceptions of aging and the aged*. New York: Springer.
- Byrd, M. y Breuss, T. (1992). Perceptions of sociological and psychological age norms by young, middle aged, and elderly new zealanders. *International Journal of Aging and Human Development*, 34(2), 145-163.
- Cacioppo, J. T., Ernst, J. M., Burlison, M. H., McClintock, M. K., Malarkey, W. B., Hawkley, I. C. et al. (2000). Lonely traits and concomitant physiological processes: The MacArthur social neuroscience studies. *International Journal of Psychophysiology*, 35, 143-154.
- Calero, M. D. (2000). Psicología de la vejez: el funcionamiento cognitivo. En R. Fernández-Ballesteros (Directora), *Gerontología Social* (pp. 201-227). Madrid: Psicología Pirámide.

- Canetto, S., Kaminski, P. y Felicio, D. (1995). Typical and optimal aging in women and men: Is there a double standard? *International Journal of Aging and Human Development*, 40(3), 187-207.
- Cañas, G. (2003). *La discriminación por edad es la que más sufren los ciudadanos europeos*. En El País, 17 de junio, 2003).
- Caporaël, L. R., Lukaszewski, M. P. y Culbertson, G. H. (1983). Secondary baby-talk: Judgements by institutionalized elderly and their caregivers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(4), 746-754.
- Cardenal, V. (1999). *Autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal*. Málaga: Ed. Aljibe.
- Carmines, E. G. y Zeller, R. A. (1979). *Reability and Validity Assesment*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Carp, F. y Carp, A. (1983). Structural stability of well-being factors across age gender, and development of scales of well-being unbiased for age and gender. *Journal of Gerontology*, 38(5), 572-581.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.
- Carstensen, L. L. y Freund, A. M. (1994). The resilience of the Aging Self. *Developmental Review*, 14, 81-92.
- Carstensen, L. L. y Edellstein, B. A. (1997). *El envejecimiento y sus trastornos*. Barcelona: Ed. Martinez Roca.
- Carstensen, L., Isaacowitz, D. y Charles, S. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-281.
- Carver, C. S. y Scheier, M. (1981). *Attention and self regulation: A control- theory approach to human behavior*. New-York: Springer-Verlag.
- Carver, C. S., Scheier, M. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267- 283.
- Carver, C. S. y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Carver, C. S. y Scheier, M. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.
- Caryk, C. y Walker, J. (1986). Optimism and irrational beliefs. *Psychological Reports*, 59(2), 457-458.
- Caspi, A. y Elder, G. (1986) Life satisfaction in old age: Linking social psychology and history. *Journal of Psychology and Aging*, 1, 18-26.
- Cerdá, R., Hidalgo J. L., Olano, C. F., Verdejo, M. A. y Puime A. O. (1997). Depresión en personas ancianas. Factores asociados. *Atención Primaria*, 13,12-17.

- Chabot, H. (2000). Predicting ageist and sexist attitudes and the conditions for their existence. *Dissertation abstracts International: Section B, The Sciences and Engineering*, 60(12B), 6420.
- Champion, E. W. (1994) The oldest old. *N. Engl. J. Med.*, 330, 1819-1820.
- Chang, E. C., D'Zurilla, T. J. y Maydeu-Olivares, A. (1994). Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. *Cognitive Therapy and Research*, 18(2), 143-160.
- Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A. y D'Zurilla, T. J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relations to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433-440.
- Chang, E. C., Asakawa, K. y Sanna, L. J. (2001) Cultural variations in optimistic and pessimistic bias: Do easterners really expect the worst and westerners really expect the best when predicting future life events? *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(3), 476-491.
- Chang, E. C. y Sana, L. J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychology and Aging*, 16, 524-531.
- Chang, L. y McBride, C. (1996). The factor structure of the Life Orientation test. *Educational and Psychological Measurement*, 56(2), 325-329.
- Chappell, N. A. (1983). Informal support network among the elderly. *Research of Aging*, 5(1), 77-100.
- Chasteen, A. L., Schwarz, N. y Park, D. C. (2002). The activation of aging stereotypes in younger and older adults. *Journal of Gerontology*, 57(6), 540-547.
- Cheung, C., Chang, C. y Lee, J. (1999) Beliefs about elderly people among social workers and the general public in Hong Kong. *Journal of Cross cultural Gerontology*, 14(2), 131-152.
- Chen, M. y Bargh, J. A. (1997). Nonconscious behavioral confirmation processes: The self-fulfilling consequences of automatic stereotype activation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 33, 541-560.
- Chipperfield, J. G., Perry, R. P. y Menec, V. H. (1999). Primary and secondary control-enhancing strategies: implications for health in later life. *Journal of Aging and Health*, 11(4), 517-539.
- CIRES (1992). *La realidad social en España*. Madrid. CIRES.
- CIRES (1997). *La realidad social en España*. Madrid. CIRES.
- CIS (1990). *Situación de los viejos en España*. Madrid: CIS.
- CIS (1990). *Permanencia y cambio en la familia española*. Madrid: CIS.
- Clark, S. A. (1992). Mental illness among new residents to residential care international. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 59-4.
- Cobb, S., Brooks, G. H., Kasl, S. V. y Connely, W. E. (1966). The health of the people changing jobs: A description of a longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 56, 1476-1481.

- Cockeham, W. C., Sharp, K. y Wilcox, J. A. (1983). Ageing and perceived Health status. *Journal of Gerontology*, 38, 349-355.
- Cohen, S. y Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.
- Cohen, S. (2001) The Complex Nature of Ageism: What Is It? Who Does It? Who Perceives It? *The Gerontologist*, 41(5), 576-577.
- Colegio Oficial de Psicólogos (2002). Psicología, psicólogos y envejecimiento: contribución de la psicología y los psicólogos al estudio y la intervención sobre el envejecimiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(5), 268-275.
- Coleman, P. G. (1984). Assessing self-esteem and its sources in elderly people. *Aging and Society*, 4, 117-135.
- Coleman, P. G., Ivani-Chalian, C. y Robinson, M. (1993). Self-esteem and its sources: Stability and change in later life. *Aging and Society*, 13, 171-192.
- Coleman, P. G., Ivani, C. y Robinson, M. (1999). Self and identity in advanced old age: Validation of theory through longitudinal case analysis. *Journal of Personality*, 67(5), 819-849.
- Colette, J. (1984). Sex differences in life satisfaction: Australian data. *Journal of Gerontology*, 39, 243-261.
- Comunian, A. L. (1994). Anger, curiosity and optimism. *Psychological Reports*, 75(3, pt 2), 1523-1528.
- Comunidad Autónoma de Madrid. *Nuestros Mayores* (1989). Madrid: Consejería de Salud. Series monográficas.
- Conde Sala, J. L. (1997). Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento. *Anuario de Psicología*, 73, 71-87.
- Conde Sala, J. L. (1999). Las personas mayores: ¿Objetos o sujetos de la intervención? *Revista Tiempo*, 2, 16-25.
- Connidis, I. (1989). The subjective experience of aging: Correlates of divergent views. *Canadian Journal of Aging*, 8, 7-18.
- Consejería de Salud-Comunidad de Madrid. (1989). *Nuestros Mayores. Perfil sociosanitario de la tercera edad en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Serie Monográfica, 2.
- Consejería de Salud-Junta de Andalucía. (1992). *Guía de Atención a la salud del anciano* -Capítulos I-II-III. Servicio Andaluz de Salud.
- Cook, A. S. y Oltjenbruns, K. A. (1989). *Dying and Grieving*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winstan.
- Corrales, E., Tardon, A. y Cueto, A. (2000). Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicotema*, 12(2), 171-175.
- Costa, R. T. y McCrae, R. R. (1984). Concurrent validation after 20 years the implication of personality stability for its assessment. En N. W. Shock, R. C, Greulich, P.T., Costa, Jr. y R.

- Andrés (Eds.), *Normal human aging the Baltimore Longitudinal study of aging* (pp. 105-128). Washington D.C: NHI-Publ. No. 84-2450.
- Costa, R. T. y McCrae, R. R. (1994). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. En T. Heatherson y J. Weinberger (Eds.), *Can Personality Change?* Washington D.C: American Psychological Association.
- Crockett, W. H. y Hummer, M. I. (1987). Perceptions of aging and the elderly. En K. W. Schaie (Ed), *Annual review of gerontology and geriatrics* (7, 217-241). New York: Springer Publishing.
- Crocker, J., McGraw, K. M., Thompson, L. e Ingerman, C. (1987). Downward comparison prejudice, and evaluation of others: Effect of self-esteem and threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 907-916.
- Crocker, J. y Mayot, B. (1989). Social Stigma and Self-esteem: The self-Protective Properties of Stigma . *Psychological Review*, 96(4), 608-630.
- Cromie, W. J. (2002). Exposure to positive stereotypes improves elders' health, research finds. *Harvard Gazette Archives*, 11-12.
- Cuddy, A. y Fiske, S. (2002). Doddering but dear: Process, Content and Function in Stereotyping of Older Personas. En T. Nelson.(Ed.), *Ageism, stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 3-26). London: A Bradford Book.
- Cumming, E. y Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Cumminghan, W. R. y Haman, K. L. (1992), Intellectual functioning in relation to mental health. En J. E. Birren, R. B. Sloane y D. E. Cohen (Eds.), *Handbook of mental health and aging* (pp. 339-345). San Diego: Academic Press
- Cuningham, F. (1987). *Democratic Theory and Socialism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A. y Wallace, V. F. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the Nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804- 813.
- Darley, J. M. y Gross, P. H. (1983). A hypothesis-confirming bias in labeling effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 20- 33.
- Davidson, D., Cameron, P. y Jergovic, J. (1995). The effects of children's stereotypes on their memory for elderly individuals. *Merill-Palmer Quarterly*, 41, 70-90.
- Davidson, K. y Prkachin, K. (1997). Optimism and unrealistic optimism have an interacting impact on health-promoting behavior and knowledge changes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 617-625.
- Davis, D. (1983). *Long lives: Chinese elderly and the Communist revolution*. Cambridge: Harvard University Press.
- Davison, E. H. (2000). The interrelationships among subjective well-being, gender role flexibility, perceived sexism, and perceived ageism in older women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(12B), 6457.

- Dean, A., Hodoly, B. y Wood, P. (1990). Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 148-161.
- DeAngelo, L. M. (2000). Stereotypes and Stigma: Biased Attributions in Matching Older With Drawings of Viruses? *International Journal of Aging and Human Development*, 51(4), 143-154.
- Deaux, K. y Lewis, L. L. (1984). The structure of gender stereotypes: Interrelationships among components and gender labels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 991-1004.
- De Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.
- Deeg, D. J., Kardaun, J. W. y Fozard, J. L. (1996). Health, behavior and aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging (4ª ed.)* (pp. 129-149). San Diego: Academic Press.
- De Febrer de los Ríos, A. y Soler, A. (1989). *Cuerpo, dinamismo y vejez*. Barcelona: INDE.
- Defensor del Pueblo. Publicaciones. (2000). *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid: Closas-Orcoyen S. L.
- Degenova, M. K. (1992). If you had your life to live over again: What would you do differently? *International Journal of Aging and Human Development*, 34(2), 135-143.
- De Miguel, J. M. (1992). Envejecimiento de la población, análisis prospectivo. En *Una aproximación pluridisciplinar al entorno de la vejez* (pp. 21-38) Madrid: Editado por Fundación Caja de Madrid. S.G. Editores.
- De Miguel, J. M., Castilla, E. J. y Cáis, J. (1994). *La sociedad transversal. Gerontología y Sociedad* (8). Barcelona: La Caixa.
- Demo, D. (1992). The self-concept over time: Research issues and directions. *Annual Review of Sociology*, 18, 303-326.
- Denk, H. (1997). Health : the main, motivation for physical activities of the elderly. En G. Huber (Ed.), *Healthy aging, activity and sports* (p. 394-399). Gamburg: Verlag f.Gesundheitsförderung.
- Denney, N. W. y Palmer, A. M. (1981). Adult age differences on traditional and practical problems. *Journal of Gerontology*, 36, 323-328.
- Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 5-18.
- Deusinger, I. M. (1995). Empirische untersuchungen zur identitat älterer menschen. En I. M. Deusinger (Eds.) *Gerontologie*. Ebersberg: Vless-Verlag.
- Deutsch, F. M., Zalenski, C. M. y Clark, M. E. (1986). Is there a double standard of aging? *Journal of Applied Social Psychology*, 16, 771-785.
- Díaz-Veiga, P. (1985). Redes sociales y comportamiento efectivo en la vejez. *Memoria de Licenciatura (no publicada)*. Facultad de Psicología. Madrid. Universidad Autónoma.

- Díaz Veiga, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *El ambiente. Análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Díaz-Veiga, P., Fernández-Ballesteros, R. e Izal, M. (1987). Redes sociales y comportamiento efectivo en ancianos. *Trabajo presentado al II congreso de Evaluación Psicológica*. Madrid. Septiembre.
- Die, A., Seelbach, W. y Sherman, G. (1987). Achievement motivation, Achieving styles, and morale in the elderly. *Psychology and Aging*, 2(4), 407-408.
- Diehl, M., Coyle, N. y Lavouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in coping and defense across the life span. *Psychology and Aging*, 11, 127-139.
- Diekman, A. B. y Eagly, H. (1999). Stereotypes as dynamic constructs: Women and men of the past, present, and future. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(10), 1171-1188.
- Diener, E. y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Diener, E. (1998). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E. y Suh, E. (1998). Age and subjective well-being: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.
- Dietz, B. E. (1996). The relationship of aging to self-esteem: The relative effects of maturation and role accumulation. *International Journal of Aging and Human Development*, 43(3), 249-266.
- Díez, J. (1996). *Envejecer en España. Una antropología de la ancianidad*. Madrid: Ed. Fundación Caja de Madrid.
- Díez, J. (1996). *Los mayores en la comunidad de Madrid*. Madrid: Ed. Fundación Caja de Madrid.
- Dijksterhuis, A. y van Knippenberg, A. (1998). The relation between perception and behavior, or how to win a game of Trivial Pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 865-877.
- Dijksterhuis, A., Spears, R. y Lepinasse, V. (2001). Reflecting and deflecting stereotypes: Assimilation and contrast in impresión formation and automatic behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 37(4), 286-299.
- Dishman, R. K. (1986). Mental Health. En V. Seefeldt (Ed.), *Physical Activity and well-being*. Reston: American Alliance of Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Dittmann-Kohli, F. (1990). The construction of meaning in old age: possibilities and constraints. *Ageing and Society*, 10, 279-294.
- Doering, M., Rhodes, S. R. y Schuster, M. (1983). *The aging Worker: Research and recommendations*. Beverly Hills: CA: Sage.
- Doka, K. J. (1986). Adolescents attitudes and beliefs toward aging and the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 22, 173- 187.
- Dovidio, J. y Gaertner, S. (Eds.) (1986). *Prejudice, discrimination and racism: Theory and research*. Orlando, FL: Academic Press.

- Downs, A. C. y Walz, P. J. (1981). Sex differences in preschoolers perceptions of young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Psychology*, 109, 119- 122.
- Dreeser, E. T. (1988). To be “old” or not to be “old”: Exploring lifestyle variations and their implications for age identity. *Dissertation abstracts International*, 47(10-A), 3846-3847.
- Drevenstedt, J. (1976). Perceptions of onsets of young adulthood, middle age, and old age. *Journal of Gerontology*, 31(1),53-57.
- Duffy, M. E. y McDonald, E. (1990). Determinants of functional health of older persons. *The Gerontologist*, 30, 503-509.
- Dulcey-Ruiz, E. (2002). Psicología del Ciclo Vital: Hacia una visión comprensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología sobre Ciclo Vital, Envejecimiento y Vejez*, 34, 1-2.
- Dyler, R. (1979). The role of stereotypes. En J. Cook y M. Levington (Eds.) *Images of Alcoholism* (pp. 116-135). London: BFI.
- Eade, R. L. (1996). Body image, self-concept and the aging process. *Dissertation Abstracts International :Section B. The Sciences and Engineering*, 56(8-B), 4601.
- Eagly, A. H. y Steffen, V. J. (1984). Gender Stereotypes stem from the distribution of women and men into social roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5,(46), 735-754.
- Eckes, T. (1994). Features of men, features of women: assessing stereotypic beliefs about gender subtypes. *British of Social Psychology*, 33, 107-123.
- Eisenberg, J. (1980). Relationship between age and effects upon work: A estudy of elder workers in the garment industry. *Dissertation Abstracts International*, 41, (4A)
- Engle, V. F. y Graney, M. J. (1997). Self-assement and functional-health of older women. *International Journal of Aging and Human Development*, 22(4), 301-313.
- Erber, R. M. y Fiske, S. T. (1984). Outcome dependency and attention to inconsistent information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 709-726.
- Erickson, E. H. (1950). *Childhood and society*. Nueva York: Norton.
- Erickson, E. H. (1982). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.
- Erickson, J. y Kivnick, H. Q. (1986). *Vital involvement in old age*. Nueva york: W.W. Norton.
- Etnier et al (1997). The influence of Physical fitness and exercise upon cognitive functioning: A meta análisis. *Journal of Sport ans Excercise Psychology*, 19, 249-277.
- Evans, G. W., Kantrowitz, E. y Eshelman, P. (2002). Housing Quality and Psychological Well-Being Among the Elderly Population. *Journal of Gerontology*, 57(4), 381-383.
- Feather, N. T. y Bond, J. (1983). Time structure and purposeful activity among employed and unemployed university graduates. *Journal of Occupational Psychology*, 56, 241-254.
- Feldman, S. (2000). *Development across the life span*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Feldman, S., Byles, J. y Beaumont, R. (2001). “Is anybody listening”. The experiences of widowhood for older Australian women. *Journal of Women and Aging*, 12(3-4), 155-176.

- Fericgla, J. M. (1992). *Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthopos.
- Fernández-Ballesteros, R. (1986). Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad. En M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (dirs.), *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud* (pp. 139-258). Madrid: Alianza.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio I., Gonzalez J. L. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez*. Barcelona: Martinez Roca.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Fundación Caja de Madrid: SG Editores.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, F. Y Calero, M. D. (1995). Training effects on intelligence of older persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 20, 135-148.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales..
- Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M. D. (1999). Evaluación en la vejez: algunos instrumentos. *Clínica y Salud*, 10, 245-286.
- Fernández-Ballesteros, R., Díez, J. y Ruiz, A. (1999). En J. J. F. Schroots, R. Fernández- Ballesteros y G. Rudinger (Eds.). *Aging in Europe* (pp. 36-47). Amsterdam: IOS. Press.
- Fernández-Ballesteros, R. Moya, R., Iñiguez, J. y Zamarrón, M. D. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández-Ballesteros, R. (Directora.) (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, J. y Guillamón, J. (1993). *Sociedad intergeneracional*. Barcelona: La Caixa.
- Fernández, E. y Bermúdez, J. (1999). Estructura factorial del optimismo y pesimismo. *Boletín de Psicología*, 63, 7-26.
- Fernández, E. (1995). *Psicología de la vejez*. Granada: Adhara Ediciones.
- Fernández, E. (1998). *Psicogerontología. Perspectivas teóricas y cambios en la vejez*. Granada: Adhara Ediciones.
- Fisher, B. J. (1995). Successfull aging, life satisfaction and generativity in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 41, 239-250.
- Fiske, S. T. y Taylor, S. (1992). *Social cognition*. New York: McGraw-Hill.
- Fiske, S. T., Neuberg, S. L., Beattie, A. y Milberg, S. (1987). Category based and attribute based reactions to others. Some informations of stereotyping and individuating processes. *Journal of Experimental a Social Psychology*, 23, 399-427.
- Fiske, S. T. y Neuberg, S. L. (1990). A continuum of impression formation from category based to individuating processes: Influences of information and motivation on attention and interpretation. En M. P. Zanna (Ed.). *Advances in experimental social psychology* (Vol. 23, pp.1-74). San Diego. CA: Academic Press.

- Fiske, S. T. (1993). Controlling other people: The impact of power in stereotyping. *American Psychologist*, 48, 621-628.
- Fiske, S. T. (1998). Stereotyping, prejudice and discrimination, En D. T. Gilbert, S. T. Fiske and G. Lindzey (Eds.), *The handbook of Social Psychology* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Fiske, S. T., Xu, J., Cuddy, A. C. y Glick, P. (1999). (Dis)respecting versus (dis)liking: Status and interdependence predict ambivalent stereotypes of competence and warmth. *Journal of Social Issues*, 55, 473-489.
- Foos, P. W. y Dickerson, A. E. (1996). People my age remember these things better, *Educational Gerontology*, 22(2), 151-160.
- Forteza, J. A. y Prieto, J. M. (1994). Aging and work behavior. En H. C. Triandis, M. D. Dunnette e I. M. Hough (Eds.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 447- 483). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Frauman, A. C. y Nettles-Carlson, B. (1991). Predictors of a health-promoting Life-style among Well Adults Clients in a Nursing Practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 3, 174-179.
- Frazier, L. D., Hooker, K., Johnson, P. M. y Kaus, C. R. (2000). Continuity and change in possible selves in later life: a 5-year longitudinal study. *Basic and Applied Social Psychology*, 22(3), 237-243.
- Freixas, A. (1991). Autopercepción del proceso de envejecimiento en la mujer entre 50 y 60 años. *Anuario de Psicología*. 50, 67-78.
- Freixas, A. (1993). *Mujer y envejecimiento: aspectos psicosociales*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Freixas, A. (1997). Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. *Anuario de Psicología*, 73, 31-42.
- Freixas, A. (2001). Nos envejecen las ideas, no el cuerpo *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11(4), 164-168.
- Freund, A. y Smith, J. (1997). Self definition in old age. *Zetschrift-fuer-sozialpsychologie*, 28(1-2), 44-59.
- Freund, A. y Smith, J. (1999). Content and Function of the Self-Definition in Old and Very Old Age. *Journal of Gerontology*, 54(1), 55-67.
- Freund, A. y Baltes, P. (2002) The adaptiveness of selection, Optimization, and Compensation as Strategies of Life Management: Evidence From a Preference Study on Proverbs. *Journal of Gerontology*, 57(5), 426-434.
- Friedan, B. (1994). *La fuente de la edad*. Barcelona: Planeta.
- Frieder, L. (2001) Regulation of Social Relationships in later Adulthood. *Journal of Gerontology*, 56(6), 321-326.

- Friedman, H., Tucker, J., Schwartz, J., Schwartz, E., Keasey-Tomlinson, C., Martin, L., Wingar, D. y Criqui, M. (1995). Psychosocial and behavioral predictors of longevity. *American Psychologist*, 50(2), 69-78.
- Fries J. F. (1996). Physical Activity, The compression of morbidity, and the health of the elderly. *J. R. Soc. Med.*, 89(2), 64-68.
- Fry, P. (2001). Predictors of health-related quality of life perspectives, self-esteem, and life satisfactions of older adults following spousal loss: An 18-month follow-up of widows and widowers. *Gerontologist*, 41(6), 787-798.
- Galat, V. L., Zunzunegui, M. V. y Béland, F. (1995). El diseño y la ejecución de la encuesta "Envejecer en Leganés". *Revista de Gerontología*, 5, 215-231.
- Gallo, F. (1984). Social support networks and the health of elderly persons. *Social Work Research and abstracts*, 20, 13-19.
- García de Blas, F. (1993). Salud general en la serie. En I. Bermejo, *Nivel de salud y deterioro cognitivo en los ancianos (79-98)*. Barcelona: SG Editores,
- Garrat, A. M., Ruta, D. A., Abdalla, M. I., Buckingham, J.K. y Russell, I. T.(1993). The SF-36 health survey questionnaire: An outcome measure suitable for routine use within the NHS? *British Medical Journal*, 306, 1440-1444.
- Gatz, M. y Pearson, C. (1988). Ageism revised and the provision of psychological services. *American Psychologist*, 10,184-188.
- Gatz, M., Kasl-Godley, J. E. y Karel, M. J. (1996). Aging and mental disorders. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 365-382). San Diego: Academic Press.
- Geer, A. L. (2000). Examining the relations between specific expectations and optimism and pessimism. *Representative Research in Social Psychology*, 24, 33-40.
- Geis, F. L. (1993). Self-fulfilling prophecies: A social psychological view of gender. En A. E. Beall y R. J. Stenberg (Eds.), *Perspectives on the Psychology of Gender* (pp. 223-267). New York: Guilford.
- George, L. (1985). Socialización to old age. En E. Palmore (ed.). *Normal aging III*. Durham, NC: Duke University Press.
- George, L. K. y Bearon, L. B. (1985). *Quality of life in older persons: Meaning and measurement*. New York: Human Science Press.
- George, L. K. (1987). Self-Esteem. En G. L. Maddox. (Ed.), *The Encyclopedia of Aging* (pp. 593-594). New York: Springer Publishing Company.
- George, L. K. (1998). Dignity and quality of life in old age. *Journal of Gerontological Social Work*, 29(2-3), 39-52.
- Gergen, M. M. (1990). Finished at 40: Women's development within the patriarchy, *Psychology of women Quarterly*, 14, 471-493.

- Giammarinaro, C., Humberly, H. y Pollock, J. (1996). The effect of perceived age on the psychological evaluation of elderly and nonelderly depressed and non-depressed clients. *Dissertation Abstracts International: Section-B:- The Sciences and Engineering*, 57(3), 2150-2157.
- Gilbert, D. T. y Hixon, J. G. (1991). The trouble of thinking: Activation and application of stereotypic beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 509-517.
- Giles, H. y Williams, A. (1994) Patronizing the young: Forms and evaluations. *International Journal of Aging and Human Development*, 39(1), 33-53.
- Gil-Gómez de Liaño, B. y Botella, J. (2003). Diferencias en el efecto *priming* negativo en la edad: un metaanálisis. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 38(3), 161-169.
- Gilman, S. (1986). *Jewish self-hatred: Anti-semitism and the hidden language of the jews*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gill, T. M. y Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA*, 272 (8), 619-631.
- Gillis, M. (1973). Attitudes of nursing personnel toward the aged. *Nursing Research*, 22, 517-520.
- Glenn V., Ostir, B., Kyriatos, S., Markides, P., Sandra, A., Black, P. D. y James, S. Goodwin, M. D. (2000). Emotional Well-Being Predicts Subsequent Functional Independence and Survival *JAGS* 48, 473-478, by the American Geriatrics Society.
- Goldsmith, R. E. y Heiens, R. A. (1992). Subjective age: A test of five hypothesis. *The Gerontologist*, 32, 312- 317.
- Golub, S. A., Filipowicz, A. y Langer, E. (2002). Acting your age. En T. Nelson, (Ed) *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 277-294). Cambridge, MA,US: The MIT Press.
- Gómez, A., Varona, W., Alonso, M. C., García, L. y Menéndez, J. (1993). Salud percibida, utilización de servicios y consumo de medicamentos en una población anciana no institucionalizada. *Atención Primaria*, 11, 233-238.
- Gómez, G. E., Blattstein, D. O. y Gómez, E. (1985). Beginning nurse students can change attitudes to the aged. *Journal of Gerontological Nursing*, 11(1), 6-11.
- González, P., Blanton, H. y Williams, K. (2002). The effects of stereotype threat and double –minority status on the test performance of latino women. *Personality and Social Psychological Bulletin*, 28(5), 659-670.
- González, M. y Salgado, A. (1995). La evaluación de la “calidad de vida”: una nueva dimensión de la valoración geriátrica integral. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 30(1), 9-15
- Gove, W. R., Ortega, S. y Style, C. (1989). The maturational and role perspectives on aging and self through the adult years: An empirical evaluation. *American Journal of Sociology*, 94(5), 1117-1145.
- Gracia, M. y Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema*. 12(2), 285-292

- Graham, I. D. y Baker, P. M. (1989). Status, age and gender: Perceptions of old and young people. *Canadian Journal of Aging*, 8(3), 255-267.
- Graney, M. (1975). Happiness and social participation in aging. *Journal of Gerontology*, 30(6), 701-706.
- Graney, M. J. y Zimmerman, R. M. (1980). Causes and consequences of health self-report variations among older people. *International Journal of Aging and Human Development*, 12(4), 291-300.
- Granjel, L. (1991). *Historia de la vejez. Gerontología. Geocultura. Geriatria*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Green, S. (1985). Senility versus wisdom: The meaning of old age as a cause form behavior. *Basic and applied Social Psychology*, 5(2), 105-110.
- Greenberg, J., Schimel, J. y Mertens, A. (2002). Ageism: Denying the face of the future. En T. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. (pp. 27-48). Cambridge, MA,US: The MIT Press.
- Greene, M.G., Hoffman, S., Charom, R. y Adelman, R. D. (1987). Psychosocial concerns in the medical encounter: A comparison of interactions of doctors with their old and young patients. *Gerontologist*, 27, 164-168.
- Greene, M. G. y Adelman, R. D. (1996). Psychosocial factors in older patients medical encounter. *Gerontologist*, 29(6), 808-813.
- Greenwald, A. G. (1968). On defining attitudes and attitude theory. En A. G. Greenwald, T.C. Brock y T. M. Ostrom (Eds.), *Psychological foundations of attitudes* (pp. 361-388). New York: Academic Press.
- Greenwald, A. G. y Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E. y Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6),1464-1480.
- Grimby, A. y Wilklund, I. (1994). Health-related quality of life il old age. A study among 76 year old Swedish citizens. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 22, 7-14.
- Guarnera, Sh. y Williams, R. (1987). Optimism and locus of control for health and affiliation among elderly adults. *Journal of Gerontology*, 42(6), 594-595.
- Gubrium, J. F. (1975). *Living and Dying and Murray Manor*. Nueva York: Martins Press.
- Guillén, F. (1994). La prevención y la enfermedad en las personas mayores. En *Una aproximación pluridisciplinar al entorno de la vejez* (pp. 69-78). Barcelona: SG Editores.
- Guillen, F. (1995). Salud y envejecimiento. Conceptos básicos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 30, 3-13.
- Guo, X., Erber, J. T. y Szuchman L.T. (1999). Age and forgetfulness: Can stereotypes be modified? *Educational Gerontology*, 25, 457- 466.

- Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S. (1960). *Americans view their mental health: A Nationwide Interview Study*. Nueva York: Basic Books.
- Haddock, G., Zanna, M. P. y Esses, V. M. (1993). Assessing the structure of prejudicial attitudes: The case of attitudes toward homosexuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1105-1118.
- Haga, K. (1997). Coping styles, health status, and health care use of elderly women residing in the community. *Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences and Engineering*, 58(1-B), 0417.
- Hagberg, M., Hagberg, B. y Saverman, B. (2002). The significance of personality factors for various dimensions of life quality among older people. *Aging Mental Health*, 6(2), 178-85.
- Hagbor, W. J. (1993). The Rosenberg Self-esteem Scale and the self-perception of preadolescents: A concurrent validity study. *Psychology in the Schools*, 2, 132-136.
- Hagen, B., Oswald, W. D. y Rupprecht, R. (2000). Bedingungen der Erhaltung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Parte XII: Verlaufanalyse der Selbständigkeit und der Alltagsbewältigung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Psychiatrie*, 11, 240-256.
- Hamfor, F. P., Starr, G. y Williams, M. (2002). A survey of physical-activity levels and functional capacity in older adults in South Australia. *Journal of Aging and Physical-Activity*, 10(3), 281-289.
- Hamid, P.N. (1990). Positive and negative affectivity and maintenance of exercise programs. *Perceptual and Motor Skills*, 70, 487.
- Hamilton, S. I. (1981). *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hamilton, D. L., Gibbons, P., Stroessner, S. J. y Sherman, J. W. (1992). Stereotypes and language use. En K. Fiedler, G. R. Semin (Eds.), *Language and Social Cognition*, (pp. 102-128). Newbury Park, CA: Sage.
- Harmon-Jones, E. et al. (1997). Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduced mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 24-36.
- Harris, L. et al. (1976). *The myth and reality of aging in America*. Washington, D.C.: National Council on the Aging.
- Harris, D., Changas, P. S. y Palmore, E. B. (1996). Palmore's first Facts on Aging in a multiple-choice format. *Educational Gerontology*, 22(6), 575-589.
- Harris, L. et al. (1976). *The myth and reality of aging in America*. National Council on the Aging, Washington, DC.
- Hart, K. E. y Hittner, J. B. (1995). Optimism and pessimism: Associations to coping and anger reactivity. *Personality and Individual Differences*, 19(6), 827-839.

- Hausdorff, J. M., Levy, B. R. y Wei, J. Y. (1999). The power of ageism on physical function of older persons: Reversibility of age-related gait changes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(11), 1346-1359.
- Havighurst, R. J. (1987). Gerontological Society of America. En G. L. Maddox (ed.), *The Encyclopedia of Aging* (pp. 251-252). New York: Springer Publishing Company.
- Hays, J., Saunders, W. B., Flint, E. P., Kaplan, B. H. y Balzer, D. G. (1999). Social support and depression as risk factors for loss of physical function in late life. *Aging and Mental Health*, 1(3), 209-220.
- Heathcote, G. (2000). Autonomy, health and ageing: Transnational perspectives. *Health Education Research*, 15(1), 13-24.
- Heckhausen, J., Dixon, R. A. y Baltes, P. B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*, 25, 109-121.
- Heckhausen, J. y Krueger, J. (1993). Developmental expectations for the self and most other people: Age grading in three functions of social comparisons. *Developmental Psychology*, 29(3), 539-548.
- Heckhausen, J. y Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Heckhausen, J. y Brim, O. G. (1997). Perceived problems for self and others: Self-protection by social downgrading throughout adulthood. *Psychology and Aging*, 12(4), 610-619.
- Heckhausen, J. (1997). Developmental regulation across adulthood: primary and secondary control of age-related challenges. *Developmental Psychology*, 33, 176-187.
- Heidrich, S. M. (1998). Older women's lives through time. *Advances in Nursing Science*, 29(3), 65-75.
- Henrard, J. C. (1996). Cultural problems of ageing especially regarding gender and intergenerational equity. *Social Science and Medicine*, 43(5), 667-680.
- Hense, R., Penner, L. y Nelson, D. (1995). Implicit memory for age stereotypes. *Social Cognition*, 13(4), 399-415.
- Hensley, W. E. y Roberts, M. K. (1976). Dimensions of Rosenberg's scale of self-esteem. *Psychological Reports*, 38, 583-584.
- Hernández, J. M. (2000). Técnicas de investigación y evaluación. En R. Fernández-Ballesteros (Directora), *Gerontología Social* (pp. 355-379). Madrid: Pirámide.
- Herdman, E. (2001). Challenging the discourses of nursing ageism. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 105-114.
- Herzog, A. et al. (1998). Activities and well-being in older age: Effects of self-concept and educational attainment. *Psychology and Aging*, 13(2), 179-185.
- Hess, T. M., Auman, C. Colcombe, S. J. y Rahhal, T. (2003). The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. *Journal of Gerontology*, 56(1), 3-11.

- Hickey, T, Wolf, F., Robins, L. S. y Wagner, M. B. (1995). Physical activity training for functional mobility in older persons. *Journal of Applied Gerontology*, 14(4), 357-371.
- Hickey, T., Hickey, L. A. y Kalish, R. A. (1968). Children's perceptions of the elderly. *Journal of Genetic Psychology*, 112, 227- 235.
- Hilgard, E. R. (1980). The trilogy of mind: Cognition, affection and conation. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 16, 107-117.
- Hill, T., Lewicki, P., Czyzewska, M. y Schuller, G. (1990). The role of learned inferential encoding rules in the perception of faces: Effects of non-conscious self-perpetuation of a bias. *Journal of Experimental Social Psychology*, 57, 373-387.
- Hilleras, P., Form, A., Herlitz, A. y Winblad, B. (2001). Life Satisfaction Among the Very Old: A Survey on a cognitively intact ample age 90 or above. *International Journal of Aging and Human Development*, 52(71-90).
- Hilton, J. y Darley, J. M. (1991). The effects of interaction goals en person perception. En M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental Social Psychology* (pp. 235-267). Orlando: FL: Academic.
- Hilton, J. y von Hippel, W. (1996) Stereotypes. *Annuary Review Psychology*, 47, 237-271.
- Hippel, W., Silver, L. y Lynch, M. (2000). Stereotyping against your will: The role of inhibitory ability in stereotyping and prejudice among the elderly. *Personality and Social Psychological Bulletin*, 26(5), 523-532.
- Hockey, J. y James, A. (1993). Infantilization as social discourse. In *Growing up and growing old: Ageing and dependence in life course*. Newbury Park: C.A. Sage Publications.
- Hogg, M. A. y Abrams, D. (1988). *Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group proceses*. London: Routledge.
- Holahan, C. y Chapman, J. (2002). Longitudinal Predictors of Proactive Goals and Activity Participation at Age 80. *Journal of Gerontology*, 57(5), 428-425.
- Holtzclaw, L. R. (1985). The importance if self-concept for the older adult. *Journal of Religion and Aging*, 1(3), 23-29.
- Hooker, K. y Kaus, C. R. (1992). Possible selves and health behaviors in later life. *Journal of Aging and Health*, 4(3), 390-411.
- Hoorens, V. (1995). Self-favoring biases, self-presentation, and the self-other assymetry in social comparison. *Journal of Personality*, 63, 793-817.
- Hori, S. (1994). Beginning of age in Japan and age by norms in adulthood. (1994). *Educational Gerontology*, 20, 439-45.
- House, J. S. y Khan, R. L. (1985). Measures y concepts of social support. En S. Cohen y S. I. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 120-141). New York: Academic Press.
- Hua-Hie, Y., Gibson, S. J., Horne, D. L. y Helme, R. D. (2001). Development of a pain attitudes questionnaire to assess stoicism and cautiousness for possible age differences. *Journal of Gerontology and Psychological Sciences*, 56(5), 279-284.

- Hubley, A. M. y Hultsch, D. F. (1994). The relationship of personality trait variables to subjective age identity in older adults. *Research on Aging*, 16(4), 415-439.
- Hubley, A. M. y Hultsch, D. F. (1996). Subjective age and traits. *Research on aging*, 18(4), 494-496.
- Hulbert, R. y Lens, W. (1988). Time and self-identity in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 27(4), 293- 303.
- Hummert, M. L. (1990). Multiple stereotypes of elderly and young adults: a comparison of structure and evaluations. *Psychology and Aging*, 5, 182-193.
- Hummert, M. L. (1994). Physiognomic cues to age and the activation of stereotypes of the elderly in interaction. *International Journal of Aging and Human Development*, 39, 5-19.
- Hummert, M. L., Garstha, T. A., Shaner, J. L. y Strahm, S. (1994). Stereotypes of the elderly held by young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Gerontology*, 49, 240-249.
- Hummert, M. L., Garstha, T. A., Shaner, J. L. y Strahm, S. (1995). Judgements about stereotypes of the elderly. *Research on Aging*, 17,168-189.
- Hummert, M. L., Garstha,T. A. y Shaner, J. L. (1997). Stereotyping of Older Adults: The Role of Target Facial Cues and Perceiver Characteristics. *Psychology and Aging*, 12(1), 107-114.
- Hummer, M. L. (1999). A social cognitive perspective on age stereotypes . En T. M. Hess & F. Blanchard-Fields (Eds.), *Social Cognition and Aging* (pp.175-196). New York: Academic Press.
- Hummert, M. L., Mazloff, D. y Henry, C. (1999). Vocal characteristics of older adults and stereotyping. *Journal of Nonverbal Behavior*, 23(2), 111-132.
- Hummert, M. L., Garstha, T. A., O'Brien, L. T., Greenwald, A. G. y Mellot, D. S. (2002). Using the implicit Association Test to measure age differences in implicit social cognition. *Psychology and Aging*, 17(3), 482-495.
- Hunt, S., McEwen, J. y Mckenna, S. P. (1986). Perceived health: Age and sex comparisons in a community. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 38(2), 156-160.
- Hunt, S. Mckenna, S. P., McEwen, J., Willians, J. y Papp, E. (1984). Subjective health assessment and the perceived outcome of minor surgery. *Journal of Psychosomatic-Research*, 28(2), 105-114.
- Hurt, W. M. y Kim, K. C. (1989). The “success” image of asian americans: Its validity and its practical and theoretical implications. *Ethnic and Racial Studies*, 12, 512-538.
- IAG European Region. (1999). Carta de derechos para las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34(4), 195-198.
- Idler, E., Hudson, U., Shawna, V. y Leventhal, H. (1999). The meaning of self-ratings of health: A qualitative and quantitative approach. *Research of Aging*, 21(3), 458-476.
- Iglesias de Ussel, J. (2001). *La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo de Asuntos Sociales.
- IMSERSO (1991). *La tercera edad en España: Necesidades y demandas*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

- IMSERSO (1993). *Plan Gerontológico Nacional*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (1995). *Las personas mayores en España: Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (1996). *Actividad física y salud en la tercera edad*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2000). *Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2002). *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INE (1995). *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de población 1991*. Madrid: INE.
- Insko, C. A. y Schopler, J. (1967). Triadic consistency: A statement of affective-cognitive-conative consistency. *Psychological Review*, 74, 361-376.
- Intrieri, R. C.; von Eye, A. y Kelly, J.A.(1995). The aging semantic differential. A confirmatory factor analysis. *The Gerontologist*, 35, 616-621.
- Isaacs, L. y Bearison, D. (1986) The development of children prejudice against the aged. *International Journal of Aging and Human Development*, 23(3), 175-195.
- Ivester, C. y King, K. (1977). Attitudes of adolescents towards the aged. *The Gerontologist*, 17, 85-89.
- Jackson, L. y Sullivan, L. (1988) Age stereotype disconfirming information and evaluations of old people. *Journal of Social Psychology*, 128(6), 721-729.
- Jans, M., Schellevis, F. y van-Eijk, J. (1999). The Nottingham Health Profile: Score distribution, internal consistency and validity in asthma and COPD patients. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of life. Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 8(6), 501-507.
- Jantz, R. K., Seefeldt, C, Galper, A. y Serock, K. (1976). Children's attitudes toward the elderly: Final report, paper presented at the annual meeting American Psychological Association.
- Jaúregui, R. (2003). *Pobreza y dependencia en la vejez*. En El País, 12 de mayo, 2003.
- Jefferys, M (1996). Cultural aspects of ageing: Gender and intergenerational issues. *Social Science and Medicine*, 43, 681- 687.
- Jenkinson, C., Fitzpatrick, R. y Argyle, M. (1988). The Nottingham Health Profile: An analysis of its sensitivity in differentiating illness groups. *Social Science and Medicine*, 27(12), 1411-1414.
- Jenkinson, C. (Ed.) (1994). *Measuring health and medical outcomes*. London: UCL Press.
- Jin, B. (2001). Social psychological determinants of life satisfaction in older adults. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 62(2-A), 769.
- Jódar, M. (1994). Déficits y habilidades neuropsicológicas en el envejecimiento normal. En J. Buendía (Ed.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp.181-202). Madrid: Siglo XXI.

- Johnson, R. J. y Wolinsky, F. D. (1993). The structure of health status among older adults: Disease, disability, functional limitation, and perceived health. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(2), 105-121.
- Jones, T. (2001). Cognitive and psychosocial predictors of subjective well-being in older adults. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences And engeneering*, 62(3-B),1582.
- Jost, J. y Banaji, M.(1994). The role of stereotyping in system-justification and the production o false consciousness. *British Journal of Social Psychology*, 33, 1-37.
- Joulain, M., Mullet, E., Lecomte, C. y Prévost, R.(2000). Perception of “Appropriate” Age for Retirement Among Adults, Middle-Aged adults, and Elderly People. *International Journal of Aging and Human Development*, 50, 73-84.
- Jussin, L. (1991). Social perception and social reality: A reflection-construction model. *Psychological Review*, 98, 54-73.
- Jyotsna, M. y Kalavar, C. (2001). Examining Ageism: Do male and female college students differ? *Gerontology and Geriatrics Education*, 14(3), 507-513.
- Kahana, B. (1987). Isolation. En G. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging*. New York:Springer Publishing Co.
- Kahana, E., Redmond, C., Hill, Dr. Kercher, K. et. al. (1995). The effects of stress, vulnerability, and appraisals on the psychological well-being of the elderly. *Research on Aging*, 17(4), 459-489.
- Kahana, E., Lawrence, R., Kahana, B., Kercher, K., Winiewski, A., Stoller, E., Tobin, J. y Stange, K. (2002). Long-term impact of preventive proactivity on quality of life of the old-old. *Psychosomatic-Medicine*, 64(3), 382-394.
- Kalish, R. y Johnson, A. I. (1972). Value similarities and differences in three generations of women. *Journal of Marriage and the Family*, 34, 49-54.
- Kalish, R. (1991). *La vejez Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid. Pirámide.
- Kalish, R. y Kane, R. (1993). *Evaluación de las necesidades de los ancianos*. Barcelona: SG Editores.
- Kaplan, G. A. y Pokorny, A. D. (1969). Self-derogation and psychosocial adjustment, *Journal of nervous and Mental Disease*, 149, 421-434.
- Kaplan, G. A. y Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality: A nine year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117, 292-304.
- Kaplan, G. A., Strawbridge, W. J., Camacho, T. y Cohen, R. D. (1993). Factors associated with change in physical functioning in the elderly. *Journal of Aging and Health*, 5, 140-153.
- Kastembaum, R. (1987). Life-course. En G. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 388-389). New York: Springler Publishing Co.
- Kaufman, G. y Elder, G. (2001). Revisiting age identity: A research note. *Journal of Aging Study*, 16(2), 169-176.

- Kawakami, K., Young, H., Heather, D. y Dovidio, J. (2002). Automatic stereotyping: Category, trait and behavioral activations. *Personality and Social Psychology Bulletin* 28(1), 3-15.
- Kearl, M., Moore, K. y Osberg, J. (1982). Political implications of the "new ageism". *International Journal of Aging and Human Development*, 15(3),167-183.
- Kearl, M. (1982). An inquiry into the positive personal and social effects of old age stereotype among the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 14, 277.
- Kehn, D. J. (1995). Predictors of elderly happiness. *Activities, Adaptation & Aging*, 19, 11-30.
- Keller, M. L., Leventhal, E. A. y Larson, B. (1989). Aging: The lived experience. *International Journal of Aging and Human Development*, 29, 67- 82.
- Kennedy, G. J., Kelman, H. R. y Thomas, C. (1990). The emergence of depressive symptoms in later life: the importance of declining health and increasing disability. *Journal Community Health*, 15, 93-104 .
- Kidwell, I. J. y Booth, A. (1977). Social distance and intergenerational relations. *Gerontologist*, 17(5), 412-420.
- Kim, H., Hisata, M., Kai, I. y Lee, S. (2000). Social support exchange and quality of life among the Korean elderly. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 15(4), 331-347.
- Kimmel, D. (1988). Ageism, psychology and public policy. *American Psychologist*, 43(3), 175-178.
- Kind, P. y Carr-Hill, R. (1987). The Nottingham health profile: A useful tool for epidemiologists? *Social Science and Medicine*, 25(8), 905-910.
- Kitano, H. H. y Sue, S (1973). The model minorities. *Journal of Social Issues*, 29, 1-9
- Kite, M. y Johnson, B. T. (1988). Attitudes toward older and younger adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 3, 233-244.
- Kite, M., Deaux, K. y Miele, M (1991). Stereotypes of young and old: Does age outweigh gender? *Psychology and Aging*, 6, 19-27.
- Kite, M. (1996). Age, gender y occupational label: A test of social role theory. *Psychology and Women Quarterly*, 20(3), 412- 420.
- Kite, M. y Wagner, L. (2002). Attitudes toward older adults. En T. Nelson (Ed), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp.129-161). Cambridge, MA, US: The MIT Press.
- Klaczynski, P. A. y Robinson, B. (2000). Personal theories, Intellectual Ability, and Epistemological Beliefs: Adult Age Differences in Everyday reasoning Biases. *Psychology and Aging*, 15(3), 400-416.
- Klemmarck, D. L. (1978). Comment: An examination of Palmore's Facts on Aging Quiz. *Gerontologist*, 18(4), 403-406.
- Klemmack, D. L. y Roff, L. L. (1984). Fear of personal aging and subjective well-being in later life. *Journal of Gerontology*, 39(6), 756-758.
- Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J. y Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 470-500.

- Knox, V. J., Gecoski, W. L. y Johnson, E. A. (1986). Contact whit and perceptions of the elderly. *The Gerontologist*, 26, 309-313.
- Koenig, H., Kvale, J. y Ferrel, C. (1988). Religion and well-being in later life. *Gerontologist*, 28(1),18-28.
- Kogan, N., Stephens, J. W. y Shelton, F. C. (1961). Age differences: A developmental study of discriminability and affective response. *Journal of abnormal and Social Psychology*, 62, 221-230.
- Kogan, N. y Shelton, F. C. (1962). Images of “old people” and “people in general” in an older sample. *Journal of Genetic Psychology*, 100, 3-21.
- Kogan, N. y Wallach, M. A. (1969). Age changes in value and attitudes. *Journal of Gerontology*, 16, 272-280.
- Kogan, N. (1979a). Beliefs, attitudes and stereotypes about old people: A new look at some old issues. *Research on Aging*, 1, 11-36.
- Kogan, N. (1979b). A study of age categorization. *Journal of Gerontology*, 34, 538-367.
- Krause, N. (1987). Life stress, social support and self-esteem in an elderly population. *Psychology and Aging*, 2, 349-356.
- Krause, N. (1990). Perceived health problems, formal/informal support and life satisfaction among older adults. *Journal of Gerontology*, 45, 193-205.
- Krause, N. (1999). Stress and devaluation of highly salient roles in late life. *Journals of Gerontology. SeriesB: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(2), 99-108.
- Krause, N., Herzog, A. R. y Baker, E. (1992). Providing support to others and well-being in later life. *Journal of gerontology*, 47(5), 300-311.
- Krause, N. y Borawski, C. E.(1994). Clarifying the functions of social support in later life. *Research of Aging*, 16(3), 251-279.
- Krief, B. (1982). *La depresión en España: Estudio sociológico*. Madrid: Lederle.
- Kwan, A. Y. y Law, B. K. (1994). Attitudes of students/pupil nurse toward the aged in hong Kong: implications for nursing education. *Hong Kong Journal of Gerontology*, 8(1), 43-51.
- Labouvie-Vief, G., Hakim-Larson, J. y Hobart, C. J. (1987). Age, ego level, and the life span development of coping and defense processes. *Psychology and Aging*, 2, 286-293.
- Labouvie-Vief, G., Chiodo, L., Goguen, L. y Diehl, M. (1995). Representations of self across the life span. *Psychology and Aging*, 10(3), 404-415.
- Lachman, M. y McArthur, L. Z. (1986). Adulthood age differences in causal atributions for cognitive, physical and social performance. *Psychology and Aging*, 1, 127-132.
- Lachman, M., Steienberg, E. S. y Trotter, S. D. (1987). The effects of control beliefs and attributions on memory self-assessments and performance. *Psychology and Aging*, 2, 266-271.
- Lachman, M. y Weaver, S. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 763-773.

- Lai, J. C., Wai, M. y Yu, H. (1998). The utility of the revised Life Orientation Test to measure optimism among Hong Kong Chinese. *International Journal of Psychology*, 33(1),45-56.
- Lai, J. y Yue, X. (2000). Measuring optimism in hong Kong and mainland Chinese with the revised Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 781-796.
- Landau, R. y Litwin, H. (2001). Subjective well-being among the old-old: the role of health, personality and social support. *International Journal of Aging and Human Development*, 52(4), 265-280.
- Lang, F. R. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *Journal of Gerontology*, 56(6), 321-326.
- Langer, E. J. y Benevento, A. (1978). Self-induced dependence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(8), 886-903.
- Langhout, K. J. (1995). The relationships among subjective well-being, role activity, self-esteem, and functional health in a sample of older adults using the continuity Theory of aging as a theoretical framework. *Dissertation-abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 56 (2^a), 0468.
- Lapierre, S., Bouffard, L. y Bastin, E. (1997). Personal goals and subjective well-being in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 45(4), 287.303.
- Lavouvie-Veif, G. y Baltes, P. B. (1976). Reduction of adolescent misperception of the aged. *Journal of Gerontology*, 31, 68- 71.
- Laws, G. (1995). Understanding ageism: Lessons from feminism and postmodernism. *The Gerontologist*, 35, 112-118.
- Lawton, M. P., Moss, M. S., Winter I. y Hoffman, C. (2002). Motivation in later life: Personal projects and well-being. *Psychology and Aging*, 17(4), 539-547.
- Lawton, M. P. (1972). Asseeing the competence ol older people. En D. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds). *Research Planing and Action for the Elderly*. Nueva York: Behavioral Publications.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Center Morale Scale: A revisión. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Lázaro del Nogal, M. (1995). Envejecimiento, Salud y Fármacos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 30(1), 59-65.
- Learman, L. A., Avorn, J., Everitt, D. E. y Rosenthal, R. (1990). Pygmalion in the nursing home. The effects of carigiver expectations on patient outcomes. *Journal of the American Geriatric Society*, 38, 797-803.
- L'Ecuyer, R. (1990). Reorganisation et development du concept de soi chez les personnes agées de 60 a 100 ans. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 7(8), 119-136.
- Lee, G. R. y Ishii-Kuntz, M. (1988). Social interaction, loneliness, and emotional well-being among the elderly. *Research on Aging*, 9, 459-482.

- Lee, G. y Shehan, C. (1989). Social relations and the self-esteem of older persons. *Research on Aging*, 11, 427-442.
- Lehr, U. (1966). Sozialpsychologische Aspekte der Heimübersiedlung alterer. Misbürger. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 113, 118.
- Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.
- Lehr, U. (1983). Objective and subjective health in longitudinal perspective. *Aging*, 23, 291-298.
- Lehr, U. (1999). El envejecimiento activo. El papel del individuo y de la sociedad. Universidad de Heidelberg. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34(6), 314-318.
- Lehr, U. y Jüchtern, J. (1997). Psychological activity in the elderly: motivations and barriers. En G. Huber (Ed.), *Healthy aging, activity and sports* (pp. 25-35). Gamburg: Verlag f.Gesundheitsförderung.
- Lehr, U. y Wand, E. (1986). *Ältere tochter älter eltern*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Lehr, U. y Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud. Proceso de aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder .
- Leinonen, R., Heikkinen, E. J. e lhae, M. (2002). Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-related health: A 10 year follow-up study in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35(1), 79-92.
- Lemos, S. (1994). *Estilos de vida y salud en la vejez*. En José Buendía (Ed.), *Envejecimiento y Psicología de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.
- Lennings, C. J. (2000). Optimism, satisfaction and time perspective in the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 50, 67-181.
- Lepore, L. y Brown, R. (1997). Category and stereotype activation: is prejudice inevitable? *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(2), 275-287.
- Leventhal, E. A. y Prohaska, T. R. (1986). Age, symptom interpretation, and health behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 185-191.
- Leventhal, H., Idler, E. y Leventhal, E. A. (1999). The impact of cronic illness on the self system. En *Self, social identity, and physical health: interdisciplinary explorations. Rutgers series on self and social identity* (pp 185-208). New York, NY,US: Oxford University Press.
- Levi, R. (1999). *El as en la manga*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Levin, J. y Levin, W.C. (1980). *Ageism: Prejudice and discrimination against the elderly*. Belmont, C.A.: Wadsworth.
- Levin, J., Chatters, L. y Taylor, R. (1995). Religious effects on health status and life satisfaction among black Americans. *Journal of Gerontology*, 50, 154-163.
- Levin, F. S. y Chatters, L.M. (1998). Religion, Health and Psychological Well-Being in Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 10(4), 504-531.
- Levy, B. R. y Langer, E. (1994). Aging free from negative stereotypes: Successful memory in China and among the American Deaf. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(6), 989-997.

- Levy, B. R. (1996). Improving memory in old age by implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1092-1107.
- Levy, B. R. (1999). The inner self of the Japanese elderly: A defense against negative. *International Journal of Aging and Human Development*, 48, 131-144.
- Levy, B. R., Ashman, O. y Dror, I. (2000a). To be or not to be: The effects of aging self-stereotypes on the will-to-live. *Omega: Journal of Death and Dying*, 40, 409-420.
- Levy, B. R. (2000). Handwriting as a reflection of aging self-stereotypes. *Journal of Geriatric-Psychiatry*, 33(1), 81-94.
- Levy, B. R. y Banaji, R. (2002). Implicit ageism. En Nelson T. (Ed), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49-75). Cambridge, MA.US: The MIT Press.
- Levy, B. R., Hausdorff, J., Hencke, R. y Wei, J. (2000b). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *Journal of Gerontology*, 55B(4), 205-213.
- Levy, B. R. y Shlesinger, M. (2001). Impact of age stereotypes on elders individuals rejection of elderly-benefiting policies. *Paper presented at the annual meeting of the gerontological Society of America. Chicago, II.*
- Levy, B. R. (2001). Erradication of ageism requires addressiong the enemy within. *Gerontological Society of America*, 41(5), 578-579.
- Levy, B. R., Slade, M. D. y Kasl, S. V. (2002). Longitudinal Benefit of Positive Self-Perceptions of Aging on Functional Health. *Journal of Gerontology*, 57B(5), 409-417.
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology*, 58B(4), 203-211.
- Leyens, J. P., Desert, M., Croizet, J. C. y Darcis, C. (2000). Stereotype threat: Are lover status and history of stigmatization preconditions of stereotype threat? *Personality and Social Psychological Bulletin*, 26, 1189-1199.
- Liang, J. (1982). Sex differences in life satisfaction among the elderly. *Journal of Gerontology*, 37,100-108.
- Liang, J. y Bollen, K. (1983). The structure of the Philadelphia Geriatric Morale scale: A reinterpretation. *Journal of Gerontology*,38(2), 181-189.
- Liang, J. y Bollen, K. (1985). Sex differences in the structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. *Journal of Gerontology*, 40(4), 468-477.
- Lin, N. y Peek, K. (1999). Social networks and mental health. En V. Horwitz y T. L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health*. Cambridge. UK: Cambridge University Press.
- Linville, P. W. (1982). The complexity-extremity effect and age-based stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 193-21.
- Livingston, R. (2001). What you see is what you get: Systematic variability in perceptual-based social judgment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(9), 1086-1096.

- Loeth, S., Petruson, B., Wiren, L. y Wilhelmsen, L. (1998). Evaluation of the quality of life of male using the Nottingham Health Profile. *Acta Oto Laryngologica*, 11(5), 723-727.
- Long, L., Dejoy, D., Javidi, M. y Javidi, A. (1997). Cultural views and stereotypes of aging in American organizations. *Cross cultural Communication and aging in the United States* (pp. 125-142). Mahawh, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Publishers.
- Lopata, H. Z. (1987). Loneliness. En G. L. Maddox. (Ed.), *The Encyclopedia of Aging*. (p. 26). New York: Springer Publishing Company.
- López, F. y Olazábal, J. (1998). *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide.
- Losada, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. <http://www.insersomayores.csic.es//documentos//losada-edadismo-01.pdf>
- Lough, M. A. y Shank, M. J. (1997). Health and social support among older women in congregate housing. *Public Health Nursing*, 13(6), 434-441.
- Luborsky, M. R. y McMullen, C. K. (1999). Culture in aging. En J. Canavaug y S. K. Witbourne (Eds.). *Gerontology: An interdisciplinary perspective* (pp. 65-90). New-York: Oxford University Press.
- Lucchetti, M. y Cerasa F. (2002). Performance evaluation of health promotion in aging. *Educational Gerontology*, 28(1), 1-13.
- Lund, R., Modvid, J., Due, P. y Holstein, B. E. (2000). Stability and change in structural social relations as predictor of mortality among elderly women and men. *European Journal of Epidemiology*, 16(12), 1087-97.
- Lupinacci, N., Rikli, R., Jones, C. y Ross, D. (1993). Age and physical activity affects on reaction time and digit symbol substitution performance in cognitively active adults. *Research Quarterly Exercise and Sport*, 64, 144-150.
- Lutsky, N. S. (1980). Attitudes toward old age and elderly persons. En C. Eisdorfer (Ed). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. (Vol.1, pp. 287-336). New York: Springer Publishing.
- Lyons, R. A., Fielder, H. y Littlepage, B. (1995). Measuring health status with the SF-36: The need for regional norms. *Journal of Public Health Medicine*, 17, 46-50.
- McIntosh, B. R. y Danigelis, N. L. (1995). Race, gender, and the relevance of producte activity for elder's affect. *Journal of Gerontology*, 50B(4), 229-239.
- Mclenon, J. (1997). A prospective study of hope, optimism and health. *Psychological Reports*, 81, 723-733.
- Madan, A., Aliabadi, W., Shaghayegh, B. y Derrick, J. (2001). Ageism in medical students treatment recomendations: The example of breast-conserving procedures. *Academic-Medicine*, 76(3), 282-284.
- Maddox, G. (1963). Activity and morale: A longitudinal study of selected subjects. *Social Forces*, 42, 195-204.

- Mahoney, D. y Restak, R. (1998). *La estrategia de la longevidad*. Barcelona: Kairós.
- Maier, H. y Smith, J. (1999). Psychological predictors of mortality in old age. *Journals of gerontology: Psychological Sciences*, 54, 44-54.
- Mancini, J. (1979). Family relationships and morale among people 65 years of age and older. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49(2), 292-300.
- Mancini, J., Shade, D. y Quin, W. (1983). Measuring morale: Note on use of factor scores. *Psychological-Reports*, 56(1), 139-144.
- Manrique, R., Vasquez, O. y Cesar, E. (1993). Salud mental, autonomía funcional y percepción del envejecimiento: un estudio en ancianos de clase media de Lima (Perú). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(3), 453-466.
- Marcus-Newhall, A., Thompson, S. y Thomas, C. (2001). Examining a gender stereotype: Menopausal women. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(4), 698-719.
- Marín, M., Troyano, E. y Vallejo, A. (2001). Percepción social de la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11(2), 88-90.
- Marín, V. y Fernandez, E. (2002). Género e investigación gerontológica. *Geriatrics*, 18(10), 348-354.
- Marks, R., Newman, S. y Onawola, R. (1985). Latency-aged children's views of aging. *Educational Gerontology*, 11, 89-99.
- Maroto, J. J., Shepperd, J. A. y Phert, L. A. (1990). *Dispositional optimism as a predictor of behavior changes among cardiac patients*. Manuscript submitted for publication. Available from J. A. Shepperd, Department of Psychology, Texas A & M University, College Station, TX (77843)
- Marques, J. M., Abrams, D. Paez, D. y Martinez-Taboada, C. (1998). The role of judgments of groups and their members. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(4), 976-988.
- Marsch, H. W. (1989). Confirmatory factor analysis of multitrait-multimethod data: Many problems and a few solutions. *Applied Psychological Measurement*, 13, 335-361.
- Marsch, H. W. (1992). *Self-description Questionnaire II: Manual*. Faculty of Education, University of Western Sydney, MacArthur: Australia.
- Marsch, H. W. y Sonstroem, R. J. (1995). Importance ratings and specific components of physical self-concept and exercise. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17(1), 84-104.
- Marsch, H. W. (1996). Positive and negative global self-esteem: A substantively meaningful distinction or artifacts? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 810-819.
- Marshall, G. N., Wortman, C. B., Kusulas, J. W. y Vickers, R. R. (1992) Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1067-1074.
- Martin, P., Long, M. y Poon, L. (2002) Age changes and differences in Personality Traits and States of the Old and Very Old. *Journal of Gerontology*, 57B(2), 144-152.
- Martinckainen, P. y Valkonen, T. (1996). Mortality after the death of spouse: Rates and causes of death in a large Finnish cohort. *American Journal of Public Health*, 86, 1087-1093.

- Martínez, M. F. y García, M. A. (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(1), 55-74.
- Martínez, L. M. (1999). ¿Discognición? *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34(6), 311-313.
- Martínez, M. F. (1997). La salud percibida, la incapacidad y la mortalidad en una población anciana en el medio rural. Tesis doctoral inédita. Universidad de Granada.
- Martorell, M. C., Gomez, O. y Cuenca, A. (1994). Calidad de vida y tercera edad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 30, 41-46.
- Matheson, D., Collins, C. y Kuehne, V. (2000). Older Adults. Multiple Stereotypes of Young Adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 51(4), 245-257.
- McAllister, T. W. (1981). Cognitive functioning in the affective disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 22, 572-586.
- McConnel, C. F. y Deljaran, F. (1981). The educational variable in gerontological research. *Educational Gerontology*, 7, 339-352.
- McCoy, S., Pyszczynsky, T., Solomon, S. y Greenberg, J. (2000). *Death attitudes and the older adults*. Philadelphia: Brummer-Rentledge.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1988). Age, personality and the spontaneous self-concept. *Journal of Gerontology*, 43(6), 177-185.
- McCrae, R. R., Costa, P. T. et al. (1989). The self, personality and social adaptation. *Recent advances in social psychology: An international perspective*. (pp. 429-490). Amsterdam: North Holland.
- McCrae, C. N., Milne, A. B. y Bodenhausen, G.V. (1994). Stereotypes as energy saving devices: A peek inside the cognitive toolbox. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 37-47.
- McCulloch, B. (1989). A longitudinal investigation of the factor structure of subjective well-being as measured by the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. *Dissertation Abstracts International*, 50(6A), 1768.
- McFadden, S. H., y Levin, J. S. (1996). Religion, emotions and health. En C. Magai and S.H. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion Adult development and aging* (pp. 349-365). San Diego, CA: Academic Press.
- McFarland, C., Ross, M. y Giltrow, M. (1992). Biased recollections in older adults: The role of implicit theories of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(5), 837-850.
- McNeil, J. K., Stones, M. J. y Kozma, A. (1986). Subjective well-being in later life: Issues concerning measurement and prediction. *Social Indicators Research*, 18, 35-70.
- Melendez, A., Montero, R., Jiménez, C. y Blanco, L. (2001). Self perception of health in non-institutionalised elderly. *Atención primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 28(2), 91-6.
- Meléndez, J. C. (1998). Apoyo familiar y tercera edad. *Geriátrika*, 14(2), 98-102.

- Mendes de Leon, C. F., Rapp, S. y Kels, S. V. (1994). Financial strain and symptoms of depression in a community sample of elderly women. *Journal of Aging Health*, 6(4), 448-468.
- Mendes de Leon, C., Kasl, S. y Jacobs, S. (1994). A prospective study of widowhood and changes in symptoms of depression in a community sample of the elderly. *Psychological Medicine*, 24(3), 613-624.
- Merrill, S. S., Seeman, T. E., Kasl, S. V. y Berkman, L. F. (1997). Gender differences in the comparison of self-reported and performance measures. *Journal of Gerontology*. 52(1), 19-26.
- Meusel, H. (1996). *Bewegung. Sport und Gesundheit im alter*. Wiesbaden: Quelle & Meller.
- Miene, P. (1995) Motivational influences underlying stereotypes of the elderly: implications for stereotype maintenance and change. *Disertation abstracts international. Section B: The Sciencies and Engineering*, 55(10B), 4641.
- Miller, S. M. y Lachman, M. E. (2000) The sense of control and cognitive aging. En T. M. Hess & F. Blanchard-Fields (Eds.), *Social cognition and aging*. (pp. 20-41). New York: Academic Press.
- Miner, A., Salari, S. y Rich, M. (2001). Social and Environmental Infantilization of Aged Persons: Observations in Two Adult Day Care Centers. *Journal of Aging and Human Development*, 52(2), 115-134.
- Mininuci, N., Maggi, E., Pavan, M., Enzi, G. y Crepaldi, G. (2002). Prevalence rates and correlates of depressive symptoms in older individuals: The Veneto Study. *Journals of Geriatry. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(3), 155-161.
- Minkler, M. (1985). Social support and health in the elderly. En: S. Chen y S. L. Syne (Eds), *Social Support and Health* (pp. 199-216). New York: Academic Press.
- Minneman, E. (1994). Gender specific differences in the development of social relations in the elderly. Results of an empirical study. *Zeitschrift fur Gerontologie*, 27(1), 33-40.
- Mirowsky, J. (1995). Age and the sense of control. *Social Psychology Quarterly*, 58, 31-43.
- Mirowsky, J. y Ross, C. (1999). Well-being across the life course. En A Horwitz y T. Schid (Eds.), *Handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (1989). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Mitchell, J., Wilson, K., Revicki, D. y Parker, L. (1985). Children's perceptions of aging: A multidimensional approach to differences by age, sex, and race. *Gerontologist*, 25, 182-187.
- Mitchell, J., Legge, M. y Sinclair, V. (1997). Memberships of the University of the third age and perceived well-being. *Disability and Rehabilitation an International Multidisciplinary Journal*, 19(6), 244-248.
- Molina del Peral, J. A. (2000). Estereotipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(3), 489-501.

- Montañés, J. y Latorre, J.M. (1999). Desarrollo cognitivo durante el envejecimiento normal y patológico. En S. E. Yubero, J. Larrañaga y E. Montañés, (Coord.). *Envejecimiento, sociedad y salud*. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Montejo, P., Montenegro, M., Reinoso, A. I., de Andrés, M. E. y Claver, M. D. (1999). Estudio de la eficacia de un programa de entrenamiento de memoria multicéntrico para mayores de 60 años. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 34(4), 199-208.
- Montepare, J. M. y McArthur, L. Z. (1986). The influence of facial characteristics on children's age perceptions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 23, 331- 349.
- Montepare, J. M. y Lachman, M. E. (1989). "You're only as old as you feel": Self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4, 73- 78.
- Montepare, J. M. (1991). Characteristics and psychological correlates of young adult men's and women's subjective age. *Sex-Roles*, 24(5-6), 323-333.
- Montepare, J. M. y Zebrowitz, L. A. (2002). A social-developmental view of ageism. En T. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 77-125). Cambridge, MA, US: The MIT Press.
- Montorio, I. e Izal, M. (1991). *Cuestionario sobre estereotipos hacia la vejez*. Edición experimental. Trabajo no publicado. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Montorio, I. y Izal, M. (1992). Bienestar psicológico en la vejez, *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 26(3), 145-154.
- Montorio, I. (1994). *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Montorio, I. e Izal, M. (1997). La vejez con éxito. Pero ¿porqué las personas mayores no se deprimen más? *Intervención Psicosocial*, 6(1), 53-75.
- Montorio, I., Losada, A., Marquez, M. y Nuevo, P. (2000). Programa psicoeducativo de tratamiento de la preocupación patológica en personas mayores. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 35(1), 24-28.
- Montorio, I., Izal, M., Sánchez, P. y Losada, A. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista multidisciplinar de Gerontología*, 12(2), 61-71.
- Montoro, J. (1988). Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 8, 21-30.
- Moragas, R. (1989). *La jubilación: un enfoque positivo*. Barcelona: Grijalbo.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología social: Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Heditorial Herder.
- Moragas, R. (1999). *El reto de la dependencia al envejecer*. Barcelona: Herder.
- Moreno, D. et al. (1993) Redes sociales y autoestima en la vejez. *Comunicación Psiquiátrica*, 18, 83-98,17 Ref.

- Morgan, T. et al. (1984). Old age and environmental docility: The roles of health, support and personality. *Journal of Gerontology*, 39(2), 240-242.
- Morganti, J. B., Nehrke, M. F., Hulicka, I. M. y Cataldo, J. F. (1988). Life-span Differences in life satisfaction, self-concept, and locus of control. *International Journal of Aging and Human Development*, 26(1), 45-56.
- Morrissey, S. (1998). Resources and characteristics of elderly women who live alone. *Health Care for Women International*, 19 (5), 411-421.
- Mowery, D. C. y Kamlet, M. S. (1993). New technologies and the aging work force. En S. A. Bess, F. G. Caro y Y. P. Chen (Eds.), *Achieving a productive aging society* (pp. 81-95). Westport, CT: Auburn House.
- Mroczek, D., Spiro, A., Adwin, C., Ozer, D. y Bossé (1993). Construct validation of optimism and pessimism in older men: Findings from the normative aging study. *Health Psychology*, 12(5), 406-409.
- Mroczek, D. y Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349.
- Muchnik, E. (1993). Las redes sociales de apoyo: ¿podemos reconstruir la comunidad? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2(2), 174-182.
- Mullins, L., Johnson, D. y Anderson, L. (1988). Loneliness of the elderly: The impact of family and friends. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2(2,Pt 2), 225-238.
- Murphy, S. T. Monahan, J. L. y Zajonc, R. B. (1995). Additivity of nonconscious affect: Combined effects of priming and exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 589-602.
- Nakanishi, N., Tatara, K. et al. (1998). Relationships of disability, health management and psychosocial conditions to cause-specific mortality among a community residing elderly people. *Journal of epidemiology Japan Epidemiological Association*, 8(4),195-202.
- Nakanishi, N. et al. (1998). Mortality in relation to the type of household among elderly people living in a community. *Journal of epidemiology Japan Epidemiological Association*, 8(1),65-72.
- Namkee, G. Choi, P. D. y Schlichting-Ray, M. (2001). Predictors of transitions in Disease and Disability in Pre- and Early- Retirement Populations. *Journal of Aging And Health*, 13(3), 379-409.
- Navarro, M. J. (1999). El tabú de la vejez. En S. Yubero, M. D. Latorre, J. Montañés y E. Larrañaga (Coord.). *Envejecimiento, sociedad y salud* (pp. 163-179). Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Naylor, C. et al. (2003). Daily social and physical activity increases slow-wave sep and daytime neuropsychological performance in the elderly. *Journal of Sleep Research and Sleep Medicine*, 23(1), 87-95.

- Nehrke, M. F., Hulicka I. M. y Morganti, J. B. (1980). Age differences in life satisfaction, locus of control and self-concept. *International Journal of Aging and Human Development*, 11(1), 25-33.
- Nelson, E. y Dannefer, D. (2002). Aged heterogeneity: Fact or fiction? The fate of diversity in gerontological research. *Gerontologist*, 32, 17-23.
- Netz, Y. y Ben-Sira, D. (1993). Attitudes of young people, adults and older adults from three generation families toward the concepts "ideal person", "youth", "adult" and "old person". *Educational Gerontology*, 19, 607-62.
- Neuberg, S. L. (1994). Expectancy-confirmation processes in stereotype social encounters: The moderating role of social goals. En M. P. Olson (Eds.). *The psychology of prejudice: The Notario Symposium (Vol. 7, pp. 103-130)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Neugarten, B. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 187- 198.
- Neugarten, B. (1975). The future and the young old. *The Gerontologist*, 15, 49.
- Newman, S., Faux, R. y Larimer, B. (1997). Children's views on aging: Their attitudes and values. *Gerontologist*, 37, 412- 417.
- Newmann, J. P., Engel, R.J. y Jensen, J. E. (1991). Age differences in depressive symptoms experiences. *Journal of Gerontology*, 46(5), 224-235.
- Newsom, J. T. y Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11(1), 34-44.
- Nieto, J. A. (1995). *La sexualidad de las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Nieto, J., Abad, M. A. y Torres, A. (1998). Dimensiones mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica. *Anales de Psicología*, 4(1), 75-81.
- Noro, A. y Aro, S. (1996). Health-related quality of life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, care and Rehabilitation*, 5(3), 355-366.
- Nosek, B., Banaji, M. y Greenwald, A. (2001). Harvesting inter-group attitudes and beliefs from a demonstration website. *Group Dynamics*, 6, 101-115.
- Nuckton, T. S. y List, N. D. (1995). Age is a factor in a critical care unit admissions. *Archives of International Medicine*, 155, 1087-1092.
- O'Brien, W., VanEgeren, L. y Mumby, P. (1995). Predicting health behaviors using measures of optimism and perceived risk. *Health Values: The Journal of Health Behavior, Education and Promotion*, 19(1), 21-28.
- O'Connell, A. N. y Rotter, N.G. (1979). The influence of stimulus age and sex on person perception, *Journal of Gerontology*, 34(2), 220-228.

- O'Connor, B. P. y Rigby, H. (1996). Perceptions of baby talk, frequency of receiving baby talk, and self-esteem among community and nursing home residents. *Psychology and Aging, 11*(1), 147- 154.
- Ogilvie, D. M. (1987). Life satisfaction and identity structure in late middle-aged men and women. *Psychology and Aging, 2*(3), 217-224.
- O'Gorman, H. J. (1980). False consciousness of kind: Pluralistic ignorance among the aged. *Research on Aging, 2*, 195-128.
- Olcay, E. I., Küller, R., Imamoglu, V. y Küller, M. (1993). The Social Psychological Worlds of Swedes and Turks in and Around Retirement. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 24*(1), 26-41.
- Oliveira, R. y Villaverde, C. (1999). Las dimensiones de la salud y la vejez. *Geriátrika, 15*(1), 23-30.
- Oliveiro, A. (1998). *La memoria .El arte de recordar*. Madrid: Psicología. Alianza Editorial.
- Oliver, A., Pastor, A. y Tomas, J. M. (1996). Análisis factorial confirmatorio de matrices multirrasgo-multimétodo aplicado a la atenuación de efectos de método en medidas de autoestima. *Psicologemas, 10*(20), 177-191.
- Oman, D., Reed, D. y Ferrara, A. (1999). Do elderly women have more pshysical disability than men do? *American Journal of Epidemiology, 150*(8), 834-42.
- Oman, D., Thorensen, C. E. y McMahon, K. (1999). Volunteerism and mortality among the community-dwelling elderly. *Journal of Health Psychology, 4*, 301-316
- OMS (1974). Planificación y revisión de los servicios geriátricos. Comité de expertos de la OMS. Ginebra.
- OMS (1990). *Health and Aging*. Ginebra: Organización Nacional de la Salud.
- OMS (1998). Mujeres, envejecimiento y salud. *Programa sobre envejecimiento y salud*.
- OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 37*(82), 74-105.
- Opachoswsky, H. W. (1998). *Leven Zwisdechen Musb and Mube*. Hamburgo: Germa Press.
- Ormrord, J. E. (2000). *Educational Psychology: Developing Learners*. Upper Saddle River. NJ: Merrill.
- Ortuño, A., Torres, I., Munuera, J., Nieto, A., Salorio, D. y Barcia, B. (1997). Autoconcepto en las personas de edad. *Psiquis: Revista de Psiquiatria, Psicología y Psicósomática, 18*(7), 15-22.
- Ortuño, A. y Torres, I. (1998). Autoconcepto y calidad de vida en personas de edad: Un estudio empírico. *Anales de Psiquiatria, 14*(3), 116-132.
- O'Sullivan, C.S. y Durso, F. T. (1984). Effect of schema-incongruent information on memory for stereotypical attributes. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 55-70.
- Oswald, F. (1996). *Hier bin ich zuhause. Zur Bedeutung des Wohmens*. Regensburg: Roderer
- Page, S., Olivas, R., Driver, J. y Driver, R. (1981). Children's attitudes toward the elderly and aging. *Educational Gerontology, 7*, 43-47.

- Palmore, E. B. (1972). Gerontofobia versus ageism. *The Gerontologist*, 12, 213.
- Palmore, E. B. (1977). The facts on aging: A sort quiz: *Gerontologist*, 17, 297.
- Palmore, E. B. (1979). Advantages of aging. *The Gerontologist*, 19, 220-223.
- Palmore, E. B. (1982). Attitudes toward the aged: What we know and need to know *Research on Aging*, 4, 333-348.
- Palmore, E. B. (1988). *The facts on aging Quiz*. New York: Springer.
- Palmore, E. B. (1989). Social gerontology: An essential part of the "backbone". *Gerontology and Geriatrics Education*, 9(4), 27-45.
- Palmore, E. B. (1990). *Ageism: Negative and positive*. Volume 25. New York: Springer. Series on Adulthood and Aging.
- Palmore, E. B. (1997). *Sexism and ageism*. En Handkook on women and aging (pp. 3-13) Westport, CT US: Greenwood Press/ Inc. xix, 484.
- Palmore, E. B. (2001). The ageism Survey: First finding. *Gerontologist*, 41(5), 572-575.
- Park, D. C. (1994). Aging, cognition and work. *Human Performance*, 7, 181-205.
- Pastor, A., Navarro, E., Tomas, J. M. y Oliver, A. (1997). Efectos de método en escalas de personalidad; la escala de autoestima de Rosenberg. *Psicológica*, 18(3), 269-283.
- Passman, V. (1995). Attachment, coping and ajustement to aging in elderly women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56(4B), 2371.
- Pasupathi, M. y Löchenhoff, C. E. (2002). Ageist Behavior. En Todd Nelson (Ed.), *Ageism. Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 201-246). Cambridge: A Bradford Book.
- Patrick, J., Cottrell, L. y Barnes, K. (2002). Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex-Roles*, 45(1-2), 15-29.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R. y Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161.
- Peeters, G. (1995). What's negative about hatred and positive about love? Negation in cognition, affect, and behavior. En H. C. M. de Swart y L. J. M. Bergman (Eds.), *Perspectives on negation: Essays in honour of Johan J. de Longh on his 80th birthday* (pp. 123-133). Tilburg, Netherlands: Tilburg University Press.
- Pennington, H., Pachana, N. y Coyle, S. (2001). Use of The Facts on Aging Quiz in New Zealand validation of questions, performance of a student sample, and effects of a don't know option. *Educational Gerontology*, 27, 409-416.
- Perczek, R., Carver, C., Price, A. y Pozo, K. (2000). Coping, mood and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*, 74(1), 63-87.

- Perdue, C. W. y Gurtman, M. G. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199-216.
- Pérez, L. (1997). *Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Perlick, D. y Atkins, A. (1984). Variations in the reported age of a patient: A source of bias in the diagnosis of depression and dementia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 812-820.
- Perlmutter, M., Adams, C., Berry, S., Kaplan, M. y Pearson, D. (1987). Aging and memory. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 7, New York: Springer, 57- 92.
- Pérula, L. A., Martínez, J., Espejo, J. et al. (1997). Estado de salud de la población mayor de 60 años y su relación con factores sociodemográficos (Proyecto ANCO), *Atención Primaria*, 20, 425-434.
- Peterson, C., Seligman, M. y Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1) 23-27.
- Pettersen, K. I. (1995). Age related discrimination in the use of fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction in Norway. *Age Agein*, 24, 198-203.
- Pettigrew, T. F. (1959). Regional differences in anti-Negro prejudice, *Journal of abnormal and Social Psychology*, 59, 28-36.
- Phalet, K. y Pope, E. (1997). Competence and morality dimensions of national and ethnic stereotypes: A study in six eastern European countries. *European Journal of Social Psychology*, 27, 139-145.
- Phillips, D. P., y King, E. W. (1988). Death takes a holiday: Mortality surrounding major social occasions. *Lancet*, 2, 728 -732.
- Phillips, M. A. y Murrell, S. A. (1994). Impact of psychological and physical health, stressful events, and social support on subsequent mental health help seeking among older adults. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 270-275.
- Phillips, D. P. y Smith, D. G. (1990). Postponement of death until symbolically meaningful occasions. *Journal of the American Medical Association*, 263, 1947-1951
- Piaget, J. (1969). *The children's conception of time*. New York: Basic Books.
- Pinillos, J. L. (1994). Mitos y estereotipos. En *Los mayores que vienen. Una aproximación pluridisciplinar al entorno de la vejez* (pp. 13-20). Madrid: Fundación Caja de Madrid. S. G. Editores.
- Pinquart, M. (1997). Differences in self concept and well-being across the adult life-span: Results of meta-analyses. *Zeitschrift für Gerontopsychologie and Psychiatrie*, 10(1), 17-25.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status network, and competence on subjective well-being in later life; a meta-análisis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224.

- Pinquart, M., Wenzel, S. y Sörensen, S. (2000). Changes in attitudes among children and elderly adults in intergenerational group. *Educational Gerontology*, 26, 523-540.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2001a). Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology*, 56(4), 195-213.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2001b). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266.
- Pochtar, P. (2001). Un mundo cada vez más envejecido y más femenino...¿también más discriminador? *Geriátrika*, 17(4), 151-154.
- Pool, G., Wood, W. y Leck K. (1998). The self-esteem motive in social influence: Agreement with valued majorities and disagreement with derogated minorities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(4), 967-975.
- Poon, L. W., Mesner, S., Martin, P., Noble, C. et al. (1992). The influences of cognitive resources on adaptation and old age. *International Journal of Aging and Human Development*, 34(1), 31-46.
- Poon, L. W. (1985). Differences in human memory with aging: Nature, causes and clinical implications. En J. E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 427-462). Nueva York: Van Nostrand Reinold.
- Pozo, J. I. (1996). *Aprendices y maestros: la nueva cultura del aprendizaje*. Madrid: Alianza, S. L.
- Prasadom, A., Tube, P., Vourdas, A., Rafnar, B. y Woodfield, M. (1999). Stereotypes of ageing. *British Journal of Psychiatry*, 174-190.
- Pratto, F. y Bargh, J. A. (1991). Stereotyping Based on apparently individuating information: Trait and global components of sex stereotypes under attention overload. *Journal of Experimental Social Psychology*, 27, 26-47.
- Price, C. A. (2000). Women and retirement: Relinquishing professional identity. *Journal of aging Studies*, 24, 81-101.
- Prieto, L. y Alonso, J. (2000). Exploring health preferences in sociodemographic and health related groups through the paired comparison of the items of the Nottingham Health Profile. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), 537-543.
- Prinz, P. N. y Raskind, M. (1978). Aging and sleep disorders. En R. Williams y I. Karacan (Eds.), *Sleep Disorders: Diagnosis and Treatment*. Nueva York: Wiley.
- Puckett, J. M., Petty, R. E., Cacioppo, J. T. y Fisher, D. L. (1983). The relative impact of age and attractiveness stereotypes on persuasion. *Journal of Gerontology*, 38, 340-343.
- Quinn, W. (1983). Personal and family adjustment in later life. *Journal of Marriage and the Family*, 45(1), 57-73.
- Quinn, J. (1987). Attitude of professionals toward the aged. En G. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 45-47). New York: Springer Publishing Co.

- Radecki, S. E., Kane, R. L., Solomon, D. H., Mendelhall, R. C. y Beck, J. C. (1988). Do physicians spend less time with older patients? *Journal American of Geriatric Society*, 36, 713-718.
- Ragan, A. M. (2001). Improving attitudes regarding the elderly: The effects of information and reinforcement for change. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(8-B9), 4479.
- Ramon y Cajal, S. (1939). *El mundo visto a los 80 años*. Madrid: Beltrán.
- Ranzijn, R., Keeves, J., Luszcz, M. y Feather, N (1998). The role of self-perceived usefulness and competence in the self-esteem of elderly adults: Confirmatory factor analyses of the Bachman revision of Rosenberg's Self-Esteem Scale. *Journal of Gerontology. Series B. Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(2), 96-104.
- Ranzijn, R. y Luszcz, M. (2000). Measurement of subjective quality of life of elders. *International Journal of Aging and Human Development*, 50(4), 263-278.
- Ray, R., Gissal, M. y Smith, E. (1982). The effect of exercise on morale of older adults. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 2(2), 53-62.
- Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., Rae, D. S., Myers, J. K., et al. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española (22 ed.) (Tomo 2)*. Madrid: Real Academia Española.
- Reig, A. (2000). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. En R. Fernández-Ballesteros (Directora), *Gerontología Social* (pp. 168-200). Madrid: Psicología, Pirámide.
- Reitzes, D. C., Mutran, E.J. y Verrill, L. A. (1995). Activities and self-esteem: continuing the developmen of activity theory. *Research on Aging*, 17, 260-277.
- Rieder, H. (1992). Körpertherapie bei Älteren. En H. Bauman y M. Leye (Eds.), *Alter Werden-kompetent bleiben* (pp. 9-31). Erlangen: Universitat Erlangen/Numberg.
- Richardson, S. M. (1999). Further evidence of the partial independence of optimism and pessimism. *Dissertation abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 60(6-B), 3002.
- Riera, J. M. (1999). *Mayores de edad*. Madrid: Ediciones el País, S. A.
- Rice, C. J., Löckengoff, C. E. y Carstensen, L. L. (2002). En busca de independencia y productividad. Como influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento. *Revista Latinamericana de Psicología sobre Ciclo Vital, Envejecimiento y Vejez*, 34, 1-2.
- Ritchie, K., Kildea, D. y Robine, J. M. (1992). The relationship between age and the prevalene of senile dementia: a metaanalysis of recent data. *International Journal of Epidemiology*, 21, 713-769.
- Robb, C., Chen, H. y Haley, E. (2002). Ageism in mental health and health care: a critical review. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(1), 1-12.

- Robinson, W., Kim, C., MacCallm, R. y Kiecolt-Glaser, J. (1997). Distinguishing optimism from pessimism in older adults: Is it more important to be optimistic or not to be pessimistic? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1345-1353.
- Robinson, J. D. (1989). Mass media and the elderly: A uses and dependency interpretation. En J. F. Nussbaum (Ed.), *Life-span communication: Normative processes* (pp. 319-338). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rodin, E. y Langer, E. (1980). Aging labels: The decline of control and the fall of self-esteem. *Journal of Social Issues*, 36, 12-29.
- Rodríguez de Lecea, T. (1996). *Vivir la historia. Reflexiones desde la experiencia*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Rodríguez, G. (1997). *Participación social de las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Rodríguez, J. A. (1994). *Envejecimiento y familia*. Madrid: CIS.
- Rodríguez, L. (2000). Envejecimiento y enfermedad: Manifestaciones y consecuencias. En R. Fernández-Ballesteros (Directora), *Gerontología Social* (pp. 153-164). Madrid: Psicología Pirámide.
- Rojas, L. (1999). *Aprender a vivir*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Roos, N. P. y Havens, B. (1991). Predictors of successful aging: A twelve-year study of Manitoba elderly. *American Journal of Public Health*, 81, 63-68.
- Root, N. (1981). Injuries at work are fewer among older employees. *Monthly Labor Review*, 104, 30-34.
- Rosch, E. (1998). Principles of categorization. En E. Rosch y B. B. Lloyd (Eds.), *Cognition y Categorization*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rose, A. (1968). The subculture of aging: a topic for sociological research. En B. Neugarten (ed.), *Middle age and aging* (pp. 29-34). The University of Chicago Press. Chicago.
- Rosenberg, M. J. y Holand, C. I. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitude. En M. J. Rosenberg, C. I. Hovlan, W. J. McGuire, R. P. Abelson y J. W. Brehm (Eds.), *Attitude, organization and change, An analysis of consistency among attitude components* (pp. 1-14). New Haven, CT: Yale University Press.
- Rosenberg, M. J. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. J. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rosenberg, M. J. (1992). The self concept: Social product and social force. En M. Rosenberg (Eds.), *Social Psychology: Sociological perspectives*. New Brunswick, NJ: Transaction.
- Rosencranz, H. A. y McNevin, M. A. (1969). A factor analysis of attitudes toward the aged. *The Gerontologist*, 9, 55-59.
- Rosenmayr, L. y Köckeis, E. (1965). *Umweuund familie alter menschen*. Neuvied: Luchertand.

- Rosenthal, R y Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom*. New York: Holt Rimehart Winston.
- Rosenthal, R. y Rubin, D. (1978). Interpersonal expectancy effects: The first 345 studies. *The Behavioral And Brain Sciences*, 3, 377-415.
- Rost, K. A. y Frankel, R. (1993). The introduction of the older patient's problems in the mecial visit. *Journal of Aging and Health*, 5, 387- 401.
- Rothbaum. F. (1983). Aging and age-stereotypes. *Social Cognition*, 2, 171-184.
- Rothermund, K., Wentura, D. y Brandtstaedter, J. (1995). Protecting self-esteem by shifting the semantics of the concept "old" in old age. *Sprache and Kognition*, 14(2), 52-63.
- Rowe, J. y Hhan, R. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. (1997) Successful Aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Rowland, L., Dickinson, E., Newman, P., Ford, D. et al. (1994). Look after your heart programme :Impact on health status, exercise knowledge, attitudes, and behavior of retired women in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48(2), 123-128.
- Ruble, D. N. y Ruble, T. L. (1982). Sex stereotypes. En A. G. Miller (Ed.), *The eye of the beholder* (pp. 188- 251). New York: Praeger.
- Ruggiero, K. y Taylor, D. (1995). Coping with discrimination: How disadvantaged group members perceive the discrimination that confronts them. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 826-838.
- Ruigomez, A., Alonso, J. y Antó, J. M. (1991). Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 5(24), 117-124.
- Ruigomez, A., Alonso, J. y Antó, J. M. (1995). Relationship of health behaviors to five year mortality in a elderly cohort. *Age Ageing*, 24, 133-49.
- Ruiperez, I. (2000). Ejercicio físico, movilidad y habilidades de la vida diaria. En R. Fernández-Ballesteos (Directora), *Gerontología social* (pp. 511-525). Madrid: Psicología. Pirámide.
- Ruth, J. E. y Cohman, P. C. (1996). Personality and aging: coping and management of the self in later life. En J. E. Birren y K.W. Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 308-322). Nueva York: Van Rostrand Reinold.
- Ryan, E. B. y Kwong-See, S. (1993). Age-based beliefs about memory changes for self and others across adulthood. *Journal of Gerontology*, 48(4), 199-201.
- Ryan, E. B., Hamilton, J. M. y Kwong See, S. (1994). Patronizing the old: How do younger and older adults respond to baby-talk in the nursing home? *International Journal of Aging and Human Development*, 39(1), 21-32.
- Sáez, H. (1997). *Calidad de vida en las personas mayores de Andalucía*. Instituto Andaluz de Servicios Sociales. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Sáez, N. (1998). *Bienestar social y ancianidad. Reflexiones sobre la tercera edad y nuestros mayores*. Valencia: Promolibro.

- Sáez, N. y Col. (1992). Actividad y tiempo libre en la tercera edad. *Revista de Psicología de la Educación*, Vol. 14 (pp 5-24). Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Valencia.
- Sáez, N. y Col. (1993). Los estereotipos en los ancianos: Un estudio empírico y sus resultados. *Revista de Psicología de la Educación*. (Vol. 14, pp. 75-89) Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Valencia.
- Sáez, N. y Col. (1995). Apoyo informal y su relación con la satisfacción en la jubilación. En Baura O., Rubio, R. Rodríguez, R. Sáez, N. y Muñoz, T. (Comp.), *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*. Universidad Internacional de Andalucía "Antonio Machado".
- Sáez, N. y Aleixandre, M. (1996). Jubilación y fin del rol laboral. En Sáez, N., Rubio, R. y Dosil, A. (Dirs.), *Tratado de Psicogerontología* (pp. 301-329). Valencia: Promolibro.
- Salamon, M. (1985). A clinical application for the life satisfaction. *Clinical Gerontologist*, 3(4), 60-61.
- Salari, S. y Rich, M. (2001). Social and environmental infantilization of aged persons.: Observations in two adult day care center. *International Journal of Aging and Human Development*, 52(2),115-134.
- Salgado, J. y Iglesias, M. (1995). Estructura factorial de la Escala de Autoestima de Rosenberg: Un análisis factorial confirmatorio. *Psicológica*, 16(3), 441-454.
- Salthouse, T. A. (1996). The processing-speed theory old adults age differences in cognition. *Psychological Review*, 103(3), 403-428.
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez. Una mirada antropológica actual*. Buenos aires: Paidós
- Sánchez, I. (1999). Depresión, deterioro cognitivo y demencia: unas relaciones polémicas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34(3), 123-124.
- Sánchez, J. y Ramos, F. (1982). *La vejez y sus mitos*. Madrid: Salvat Ed.
- Sancho, M., Abellán, A., Pérez, L. y Miguel, J. A. (2002). *Envejecer en España*. II Asamblea mundial sobre el envejecimiento. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Sanders, G. F., Montgomery, J. E., Pittman, J. F. y Balkwell, C. (1984). Youth's attitudes toward the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 3(1), 59-70.
- Sanna, T. y Isto, R. (2001). Meaning in life in three samples of elderly persons with high cognitive functioning. *International Journal of Aging and Human Development*, 52(4), 65-80.
- Santamarina, C., López de Miguel, P., López, P. y Mendiguren, V. (2002). *Percepciones sociales sobre las personas mayores*. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos sociales.
- Sarasola, M., Merino, J. A., Lobo, A., Pérez, M. J., García, J.C. y Miranda, M. (1992). El nivel de salud de los mayores de 65 años en Zaragoza. *Revista de Gerontología*, 4, 221-228.
- Satariano, W., Haight, T. y Tager, I. B. (2000). Reasons given by older people for limitation or avoidance of leisure time physical activity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(5), 505-512.

- Sato, S., Shimonaka, Y., Nakazato, K. y Kawaai, C. (1997). A life-span developmental study of age identity: Cohort and gender differences. *Japanese Journal of Developmental Psychology*, 8(2), 88-97.
- Schaie, K. (1988). Ageism in psychological research. *American Psychologist*, 43, 170-183.
- Schaie, K. (1994). The course of adult intellectual development. *American Psychologist*, 49, 304-313.
- Schaie, K. (1996). Intellectual development in adulthood. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of psychology of aging*. 4ª ed. (pp. 266-286). San Diego: Academic Press.
- Schaller, M. (1994). The role of statistical Reasoning in the Formation, Preservation and Prevention of Group Stereotypes. *British Journal of Social Psychology*, 33, 47-61.
- Scheier, M. y Carver, C. (1985). Optimism, Coping and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. y Carver, C. (1987). A model of behavioral self-regulation: translating intention into action . En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social Psychology* (Vol. 21, pp. 303-346). San Diego: Academic Press.
- Scheier, M. y Carver, C. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201-228.
- Scheier, M. y Carver, C. (1993). On the Power of Positive Thinking: The Benefits of Being Optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2(1), 26-30.
- Scheier, M., Carver, C. y Bridges, M. (1994). Distinguishing Optimism from Neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem). A Reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Schieman, S. (1999). Age and anger. *Journal of health and Social Behavior*, 40, 273-289.
- Schieman, S. y Campbell, J. (2001). Age variations in personal agency and self-esteem: The context of physical disability. *Journal of Aging and Health*, 13(2), 155-185.
- Schmidt, D. T. y Boland. S. M. (1986). Structure of Perceptions of Older Adults: Evidence for Multiples Stereotypes. *Psychology and Aging*, 1, 255-260.
- Schmitz, M. Sperling, U., Minneman, E. y Jüchtern, J. (1996). Lebenszufriedenheit, Gestundheit und Zukunftsperspektive. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23, 186-1196.
- Schmitz-Scherzer, R. (1991). Sterberbegleitung. En W. D. Oswald, W. M. Herman et al. (Eds.), *Gerontologie* (pp. 560-572). Stuttgart: Kolhammer.
- Schmitz-Scherzer, R. (1975). *Freizeit und Alter*. Stuttgart: Kolhammer.
- Schneider, H. D. (1970). *Sociale Rollen im Erwachsenenalter*. Frankfurt: Theses Verlag.
- Schneider, H. D. y Shiffrin, R. M. (1977). Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search, and attention. *Psychological Review*, 184, 1-66.
- Schonfield, D. (1982). Who Stereotyping Whom and Why? *The Gerontologist*, 22, 267-272.
- Schultz, R. y Hekhausen, J. (1996). A Life Span model of Successful Aging. *American Psychologist*, 702-714.

- Schweizer, K., Beck-Seyffer, A. y Scheider, R. (1999). Cognitive bias of optimism and its influence on psychological well-being. *Psychological Reports*, 84(2), 627-636.
- Schwiebert, D. C. (1978). Unfavorable stereotyping of the aged as a function of death anxiety, sex, perception of elderly relatives, and a death anxiety-repression interaction. *Dissertation Abstracts International*, 39(6b), 3007.
- Scioli, A., Chamberlin, C. et al. (1997). A Prospective Study of Hope, Optimism and Health. *Psychological Reports*, 81(3, pt 1), 723- 733.
- Secombe, K. e Ihsii-Kuntz, M. (1991). Perceptions of problems associated with aging: Comparisons among four older age cohorts. *The Gerontologist*, 31(4), 527-533.
- Secord, P. .F. y Backman, C. W. (1974). *Social Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Seefeldt, C., Jantz, R. K., Calper, A. y Serok, K. (1981). Healthy, happy, and old: Children learn about the elderly. *Educational Gerontology*, 12, 151- 158.
- Seefeldt, C. (1987). The effects of preschoolers' visits to a nursing home. *Gerontologist*, 27, 228-232.
- Seeman, T., Unger, J., McAvay, G. y Mendes de Leon, C. (1999). Self efficacy beliefs and perceived declines in functional ability: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, 214-222.
- Serra, E. (1990). El envejecimiento como proceso. *Revista de Psicología de la Educación*, 2(4), 7-13.
- Settersten, R. y Mayer, K. (1997). The measurement of age, age structuring and the life course. *Annual Review of Sociology*, 23, 233-261.
- Setting, J. M. (1982). Clinical judgement in geropsychology practice. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 397- 404.
- Sharpe, P., Hickey, T. y Fredric, M. (1994). Adaptation of a general optimism scale for use whit older women. *Psychological Reports*, 74(3), 931-937.
- Sharples, L. D., Todd, C. J., Caine, N. y Tait, S. (2000). Measurement properties of the Nottingham Health Profile and Short Form 36 health status measures in a population sample of elderly people living at home: Results from ELPHS. *British Journal of Health Psychology*, 5(Part3), 217-233.
- Shea, G. F. (1991). *Managins older employees*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Shih, M., Pittinsky, T. L. y Ambady, N., (1999). Stereotype susceptibility: Identity salience and shifts in quantitative performance. *Psychological Science*, 10(1), 80-83.
- Shih, M., Ambady, N., Richeson, J., Fujita, K. y Gray, H. (2002). Stereotype Performance Boost: The impact of self-relevance and the manner of stereotype activation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 638-647.
- Shiffrin, R. M. y Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning automatic attending and a general theory. *Psychological Review*, 184, 127- 190.

- Shrauger, J. S., Ram, D., Greninger, S. A. y Mariano, E. (1996). Accuracy of self-predictions versus judgements by knowledgeable others. *Personality and Social Psychological Bulletin*, 22, 1229-1243.
- Siegler, I. C. y Costa, P. T. (1985). Health behavior relationships. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Simpson, G y Yinger, J. (1985). *Racial and cultural minorities*. New York: Plenum.
- Skarborn, M. y Nicki, R. (2000). Worry in pre-and post-Retirement Persons. *International Journal of Aging and Human Development*, 50(1), 73-80.
- Sliwinsky, M., Lipton, R. B., Bischke, H. y Stewart, W. (1996). The effects of preclinical dementia on estimates of normal cognitive functioning in aging. *Journal of Gerontology*, 51, 217-225
- Slotterbarck, C. S. y Saarnio, D. A. (1996). Attitudes toward the elderly reported by young adults: variation based on attitudinal task and attribute categories. *Psychology and Aging*, 11, 563-571.
- Smith, J. y Baltes, P. B. (1993). Differential psychological ageing: profiles of the old and very old. *Ageing and Society*, 13, 551-587.
- Smith, J. M. (1998) An investigation of the relationship between hope and accuracy of self-concept as measured by personality factors in women over sixty-five years of age. *Dissertation abstracts-International: Section B. The Sciences and Engineering*, 59(5-B), 2127.
- Smyer, M. y Qualls, S. (1999). *Aging and mental health*. Malden, MA: Blackwell.
- Snyder, M. (1992). Motivational foundations of behavioral confirmation. *Advances in experimental social Psychology*, 25, 67-113.
- Snyder, M. y Miene, P. (1994). Stereotyping of the elderly: A functional approach. *British Journal of Social Psychology*, 33(1), 63-82.
- Sontag, S. (1979). The double standard of aging. En J. Williams (Ed.), *Psychology of Women* (pp. 278-462). New York: Academic Press.
- Spencer, S., Fein, S., Wolfe, C., Font, C. y Dunn, M. (1998). Automatic activation of stereotypes: The role of self-image threat. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(11), 1139-1152.
- Spreitzer, E. y Snyder, E. E. (1974). Correlates of life satisfaction among the aged. *Journal of Gerontology*, 29, 454-458.
- Stangor, C., Lynch, L., Duan, C. y Glass, B. (1992). Categorization on individuals on the basis of multiple social features. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(2), 207-218.
- Stathy, A., Fox, K. y McKenna, J. (2002). Physical activity and dimensions of subjective well-being in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 10(1), 76-92.
- Steele, C. y Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of african americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(2), 797-811.

- Steele, C. (1997). A threat in the air: How stereotype threat and women's math performance. *American Psychologist*, 52, 4-28.
- Stephan, W. G. y Rosenfield, D. (1978). Effects of desegregation on racial attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 795-804.
- Steven-Long, J. y Commons, M. (1992). *Adult life: Developmental Processes*. California: Mayfield Publishing Company.
- Stevens, J. y Crouch, M. (1992). Working with the elderly: Do nurses care for it? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 9(3), 12-17.
- Stevens, E. S. (1993). Making sense of usefulness: An avenue toward satisfaction in later life. *International journal of Aging and Human Development*, 37(4), 313-325.
- Steverink, N., Westerhof, G., Bode, C. y Dittmann-Kohli, F. (2001). The Personal Experience of Aging, Individual Resources, and Subjective Well-Being. *Journal of Gerontology*, 56(6), 364-373.
- Stewart, A. L. y King, A. C. (1994). Conceptualizing and measuring quality of life in elder populations. En R. P. Abeles, H. C. Gift and M. G. Ory (Eds). *Aging and quality of life*. New York: Springer Publishing Company.
- Stewart, A. L. y King, A. C. (1991). Evaluating the efficacy of physical activity for influencing quality-of-life outcomes in older adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 13(3), 108-116.
- Stewart, A. L., Mills, K., Sepsis, P., King, A., McLellan, B., Roitz, K. y Ritter, P. (1997). Evaluation of CHAMPS, a physical activity promotion program for older adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(4), 353-361.
- Stock, W., Okum, M. y Benito, J. (1994). Subjective well-being measures: Reliability and validity among Spanish elders. *International Journal of Aging and Human Development*, 38(3), 221-235.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Subitars, J. (1992). *La vejez como oportunidad. Un estudio sobre las políticas de tiempo libre dirigidas a la gente mayor*. Barcelona: Editorial Universidad Autónoma de Barcelona.
- Suganuma, M. (1997). Self disclosure and self-esteem in old age. *Japanese Journal of Educational Psychology*, 45(4), 12-21.
- Sweeny, J. y Creer T. (1995). Health-related quality-of-life assessment in medical care. *Disease-a-Month*, 61(1), 3-71.
- Tabachnick, F. G. y Fidell, L. S. 1989). *Unisn multivariate statistiscs* (2nd. Ed.). New York: Herpercollins Publishers, Inc.
- Tackett, R. A. (2001). Correlates of life satisfaction after retirement. *Dissertation- Abstracts- International:- Section -B:- The Sciencies and Engineering*, 62(3-B), 1622.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge: University Press.

- Tajfel, H. y Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. En S. Wordrel y W. G. Austin (Eds.). *The Psychology of Interroup Relations*. Chicago: Nelson-Hall.
- Takahashi, K., Tamura, J. y Tokoro, M. (1997). Patterns of social relationships and psychological well-being among the elderly. *International Journal of Behavioral Development*, 21(3), 417-430.
- Tausch, J. A. (1991). The relationship between self-concept in elderly and knowledge concerning the normal aging process. *Dissertation Abstracts International*, 51(4-A), 1087-1088.
- Taylor, S. E. (1981). *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior*. Hilldale. NJ: Erlbaum.
- Taylor, S. E. y Brown, J. D. (1988). Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective on Mental Health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193-210.
- Taylor, S. E., Collins, R. L., Skokan, L. A. y Aspinwall, L. G (1989). Maintaining positive illusions in the face of negative information: Getting the facts without letting them get to you. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 114-129.
- Taylor, D. A. y Moriarty, B. E. (1987). Inter-group bias as a function of competition and race. *Journal of Conflict Resolution*, 31, 192-199.
- Terrill, D. (2000). Validity of the life Orientation Test. (optimism). *Dissertation abstracts International . Section B: The Sciences and Engineering*, 60(7-B), 3616.
- The Valencia Report (2002). A report on outcomes of a meeting of gerontological researches. Educators and Providers. Valenciaforum.com/vfr.html
- Theo van Tilburg (1998). Losing and Gaining in old age: Changes in Personal Network Size and Social Support in a Four-Year Longitudinal study. *Journal of Gerontology*, 3b(6), 313-323.
- Thimm, A., Rademacher, U. y Fkruse, C. (1998). Age stereotypes and patronizing messages: Features of age-adapted speech in technical instructions to the elderly. *Journal of Applied Communication Research*, 26, 66-82.
- Thomae, H. (1983). *Altermsstile und Altersschiksale. Ein Beitrac zur Differentielln Gerontologie*. Berna: Huber.
- Thomas, E. C. y Yamamoto, K. (1975). Attitudes toward age: An exploration in school-age children. *International Journal of Aging and Human Development*, 6, 117- 129.
- Thomas, W. C. (1981). The expectation gap and the stereotype of the stereotype. Images of old people. *The Gerontologist*, 21, 402-407.
- Thompson, E. y Krause, N. (1998). Living alone and neighborhood characteristics as predictors of social support in late life. *Journals of Gerontology: Series B; Psychological Sciences and Social Sciences*, 53B(6): 354-364.
- Thornton, J. E. (2002). Myths of Aging or Ageist Stereotypes. *Educational Gerontology*, 28(4), 301-312.

- Todd, C., Mackay-Meakin, S., Llewelyn, J., Pryor, G., Parker, M. y Willians, D. R. (1994). Effects on quality of life of early discharge after hip fracture. *Quality of Life Research*, 3, 96.
- Tomás, J. M. y Oliver, A. (1999). Rosenberg's self-esteem scale: Two factors or method effects. *Structural Equation Modeling*, 6, 84-98.
- Topinkova, E. (1999). Aging, disease and the quality of life in old age: Which strategies work best? *Homeostasis in Health and Disease*, 39(5), 161-167.
- Torres, A, Nieto, J. y Barcia, D. (1997). Autoconcepto en las personas de edad. *Psiquis*, 18(7), 271-278.
- Tous, J. M. y Navarro, J. A (1997). Las diferencias individuales en el proceso de envejecimiento humano. *Anuario de Psicología*, 73, 105-118.
- Tuckman, J. y Lorge, I. (1952). The effects of institutionalization on attitudes toward old people. *Journal of abnormal and Social Psychology*, 47, 337-344.
- Tuchman, J. y Lorge, I. (1953). Attitudes toward old people, *Journal of Social Psychology*, 37, 249-260.
- Triadó, C. y Villar, F. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de Psicología*, 73, 43-55.
- Triadó, C. (1997). Alternativas residenciales de las personas ancianas. *Anuario de Psicología*, 73, 119-130.
- Triadó, C. y Villar, F. (1999). Teorías implícitas del cambio evolutivo en diferentes cohortes: representación de pérdidas y ganancias en la adultez. *Infancia y Aprendizaje*, 86, 73-90.
- Triadó, C. (2001). Relaciones familiares y envejecimiento de la mujer. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 11(4), 169-172.
- Tsuchita, A. (1999). Age-related preferences and age weighting health benefits. *Social Science and Medicine*, 48(2), 267-276.
- Turner, B. F. (1979) The self- concepts of older women. *Research on Aging*, 1, 464-480.
- Turner, B. F. (1994). Introduction. En B. F. Turner y L. E. Troll (Eds.), *Women growing older* (pp. 1-34). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Turner, E., Rejesky, W. J. y Brawley, L. R. (1997). Psychological benefits of physical activity are influenced by social environment. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19, 119-130.
- Turner, N. J., Haward, R. A., Mulley, G. P. y Selby, P. J. (1999). Cancer in old age- is it inadequately investigated and treated? *BMJ*, 319, 309-312.
- Tversky, A. (1977). Features of similarity. *Psychological Review*, 84, 327-352.
- Unger, J. B., Johnson, C. y Marks, G. (1997). Functional decline in the elderly : evidence for direct and stress-buffering protective effects of social interactions and physical activity. *Annals of Behavioral Medicine. Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 19(2), 152-160.
- Valladares, S. (1995). Mitos de la vejez. Una aproximación antropológica. *Infancia y Sociedad*, 29, 79-100.

- Van Baarsen, B. (2002). Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *Journals of Gerontology: Series B:- Psychological Sciences and Social Sciences*, 57B(1), 33-42.
- Van Tilburg, T. (1998). Losing and gaining in old age: Changes in personal network size and social support in a four-year longitudinal study *Journal of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 53B(6), 313-323.
- Vargas, P. y von Hippel, W. (1993). *The role of stereotypes and prejudice in behavioral identification*. Paper presented at the Fifth Annual Meeting of the American Psychological Society. Chicago.
- Vega, J. L. (1990). *Psicología de la vejez*. Salamanca: Editorial Gráficas Varona.
- Vega, J. L. y Bueno, B. (1995). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Vega, J. L., Bueno, B. y Buz, J. (1999). Desarrollo cognitivo en la edad adulta y la vejez. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll, *Desarrollo Psicológico y Educación* (Vol.1, pp. 545-565). Madrid: Alianza Editorial.
- Velez, P., Rodríguez, J. y Martínez, L. (1997). Social support, activity and health among the elderly. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 89(10-12), 174-183.
- Vellas, P. (1996). Envejecer exitosamente: Concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva mas positiva. *Salud Pública México*, 38(6), 513-22.
- Vía, J. M. y Portella, E. (eds) (1991). *La sociedad ante el envejecimiento y la minusvalía*. Vol. I y II. Barcelona: Editorial SG.
- Villar, F. (1995). Percepción de patrones de envejecimiento: ¿Unidireccionalidad o multidireccionalidad? *Anuario de Psicología*, 66, 65-81.
- Villar, F. (1997a). ¿Cómo perciben los niños a los ancianos? Una nota de investigación. *Revista de Gerontología*, 7, 31-36.
- Villar, F. (1997b). Estrategias para afrontar el envejecimiento y diferencias asociadas a la edad: una aproximación a través del análisis de contenido. *Anuario de Psicología*, 73, 57-69.
- Villar, F. y Triadó, C. (2000). Conocimiento sobre el envejecimiento: Adaptación del FAQ (Facts on Aging Quiz) y evaluación en diferentes cohortes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(3), 523-534.
- Villaverde, C. (1997). Situación de los mayores en Europa. *Geriátrika*, 13(7), 338-345.
- Vizcaíno, J. (2000). *Envejecimiento y atención social .Elementos para su análisis y planificación*. Barcelona: Herder.
- Von Hippel, W., Sekaquaptewa, D. y Vargas, P. (1995). On the role of encoding processes in stereotype maintenance. *Advances in Experimental Social Psychology*, 27, 177-254.
- Walker, A. (2002). Futuros retos de la política social europea sobre personas mayores. *Revista Española de Geriátría y gerontología*, 37(6), 334-341.

- Wallace, K. A. (1999). A theoretical examination of protective factors in later life (aging outcomes, elderly, perceived stress, resiliency, social support). *Dissertation abstracts International: Section B. The Sciences and Engineering*, 60, (6B), 2993.
- Ward, R., Sherman, S. y LaGory, M. (1984). Subjective network assessment and subjective well-being. *Journal of Gerontology*, 39(1), 93-101.
- Ward, R. A. (1977). The impact of subjective age and stigma on older Persons. *Journal of Gerontology*, 32(2), 227-232.
- Warr, P. y Jackson, P. R. (1983). Self-esteem and unemployment among young workers. *Le travail Humain*, 46, 355-366.
- Weinger, G., Davies, R. y Shahtahmasebi, S. (1995). Morale in old age: Refining the model. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(11), 933-943.
- Weinberger, A. (1979). Stereotyping of the elderly: Elementary school children's responses. *Research on Aging*, 1, 113-136.
- Wetly, T. (1987). Age is a risk factor for inadequate treatment, *Jama*, 258, 516.
- Wheeler, S. C. y Petty, R. E. (2001) The effects of stereotype on behavior: a review of possible mechanisms. *Psychological Bulletin*, 127(6), 797-826.
- Whitbourne, S. K. y Hulicka, I. M. (1990). Ageism in undergraduate psychology texts. *American Psychologist*, 45, 1127-1136.
- Whitbourne, S. K., Culgin, S. y Cassidy, E. (1995). Evaluation of infantilizing intonation and content of speech directed at the age. *International Journal of Aging and Human Development*, 41(2), 109-116.
- Whitbourne, S. K. (1996). *The aging individual: Physical and Psychological perspectives*. New York: Wiley.
- Whitbourne, S. y Collins, K. (1998). Identity processes and perceptions of physical functioning in adults. AU: theoretical and clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(4), 519-530.
- Whitbourne, S. y Sneed, J. (2002). The paradox of well-being, identity processes, and stereotype threat: Ageism and its potential relationships to the self in later life. En T. Nelson (Ed), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. (pp. 247-273). Cambridge: Ma. US. The MIT Press.
- White, A. y Groves, M. (1997). Interdependence and the aged stereotype. *Australian Journal on ageing*, 16(2), 83-89.
- Wilcox, S. J. (1997). Sex and age differences in body attitudes across the adult life-span. (1997). *Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences and Engineering*, 57(9-B). 5937.
- Wilcox, S. J. (1997). Age and gender in relation to body attitudes: Is there a double standard of aging? *Psychology of Women Quarterly*, 21, 549-565.

- Wilkins, M. S. (2000). Aging, chronic illness and self-concept: A study of older women with osteoporosis. *Dissertation abstracts. International Section A. Humanities and Social Sciences*, 60(10-A), 3753.
- Wilkinson, J. A. y Ferraro, K. F. (2002). Thirty years of ageism research. En T. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. (pp. 339-358). Cambridge, MA, US: The MIT Press.
- Williams, A., Haber, D., Weaver, G. y Freeman, J. L. (1998). Altruistic activity: Does it make a difference in the senior center? *Activities, Adaptation and Aging*, 22(4), 31-39.
- Williams, K. y Gill, D. L. (1997). Age differences in psychological well-being and mobility. E. G. Huber (Ed.), *Healthy aging activity and sport* (pp. 351-358). Gamburg: Verlag f.Gesumdhitsvorsorge
- Wilson, I. B. y Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. *JAMA*, 273(1), 59-65.
- Wilson, G. (1996). Cambios en los roles de género y vejez. En H. Rose y E. Bruce. *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid, Narcea.
- Wills, T. A. (1981). Downward Comparison Principles in Social Psychology. *Psychological Bulletin*, 90(2), 245-271.
- Wittenbrink, B., Judd, C. y Park, B. (1997). Evidence for racial prejudice at the implicit level and its relationship with questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 244-252.
- Wittenbrink, B., Judd, Ch. y Park, B. (2001). Spontaneous Prejudice in Context: Variability in Automatically Activated Attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(5), 815-827.
- Wolinsky, F. D. y Johnson, R. (1991). The use of health services by old adults. *Journal of Gerontological Social Sciences*, 46, 345-357.
- Wolinsky, F. D., Callahan, C. M., Fitzgerald, J. F. y Johnson, R. J. (1993). Changes in functional status and the risk of subsequent nursing home placement and death. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, 93-101.
- Wolinsky, F. D., Stump, T. E y Clark, D. O. (1995). Antecedents and consequences of physical activity and exercise among older adults. *Gerontologist*, 35(4), 451-462.
- Wong, P. T. (1989). Personal meaning and successful aging. *Canadian Psychology/Psychology Canadienne*, 3, 516-525.
- Wu, Z. y Pollard, M. (1998). Social support among unmarried childless elderly persons. *Journal of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53B(6), 324-335.
- Yamagishi, T. (1995). Social Dilemmas. En K. S. Cook, G. A. Fne y J. S. House (Eds.), *Sociological perspectives on social psychology* (pp. 311-335). Boston: Allyn y Bacon.

- Yamashita, K., Jima, K. y Kobayashi, S. (1999). Relationship among activities of daily living, apathy, and subjective well-being in elderly people living alone in a rural town. *Gerontology*, 45(5), 279-282.
- Yanguas, J. J., Leturia, F. J., Leturia, M. y Uriarte, A. (1998). *Intervención psicosocial en gerontología*. Madrid: Cáritas. Obra Social Caja de Madrid.
- Yoon, C., Feinberg, F., Haster, L. y Rahhal, T. (2000). Cross-Cultural Differences in Memory: The Role of Culture-Based Stereotypes About Aging. *Psychology and Aging*, 15(4), 694-704.
- Yubero, S. y Larrañaga, E. (1999). La imagen social del anciano. En S. Yubero, M. D. Latorre, J., Montañés, A y Larrañaga, E. (Coord.), *Envejecimiento, sociedad y salud* (pp.63-81). Cuenca: Ed. de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Zandi, T., Mirle, J. y Jarvis, P. (1990). Children's attitudes toward elderly individuals: A comparison of two ethnic groups. *International Journal of Aging and Human Development*, 30(3), 161-174.
- Zarate, M. A. y Smith, E. R. (1990). Person categorization and stereotyping, *Social Cognition*, 8, 161-185.
- Zautra, A. y Heupel, A. (1984). Subjective well-being and physical health: a narrative literature review with suggestions for future research. *International Journal of Aging and Human Development*, 19(2), 95-109.
- Zepellin, H., Sills, R.A. y Heath, M. W. (1986). Is age becoming irrelevant? An exploratory study of perceived age norms. *International Journal of Aging and Human Development*, 24(4), 241-256.
- Zhen, H. y Cheng, Z. (2002). An investigation on the influence factors and regularity of aging among memory changes. *Psychological Science China*, 25(4), 402-405.
- Zika, S. y Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 83, 133-145.
- Zunzunegui, M. V. y Béland, F. (1995). La salud de las personas mayores de Leganés, *Revista de Gerontología*, 5, 245-258.

ANEXO

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN UTILIZADOS

Anexo. 1

CUESTIONARIO DE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ (CENVE)

- 1= Muy en desacuerdo
 2= Bastante en desacuerdo
 3= Bastante de acuerdo
 4= Muy de acuerdo

	1	2	3	4
La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria				
Las personas mayores tienen menos interés por el sexo				
Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"				
La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales				
Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes				
A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles				
La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud				
A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas				
Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños				
La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás				
A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos				
Los defectos de la gente se agudizan con la edad				
El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez				
Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven				
Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chochean"				

Anexo. 2

ENTREVISTA**Edad.....Sexo.....Estado civil****¿Cuál es el nivel de estudios realizado por Ud.?**

1. Menos de enseñanza primaria
2. Enseñanza primaria
3. Bachiller / F. P. o más

¿Cuál es su forma de convivencia?

1. En mi casa, solo
2. En mi casa, acompañado
3. En la casa de un familiar

¿Tiene Ud. a su cargo o cuidado a algún familiar enfermo o discapacitado?

1. No
2. Si

¿Tiene Ud. A su cargo a algún hijo?

1. No
2. Si

¿Tiene Ud a su cargo a algún nieto?

1. No
2. Si

¿Cuál cree que es su estado de salud, en comparación con las personas de su edad?

1. Mejor que el de la mayoría de las personas de mi edad
2. Similar al de la mayoría de las personas de mi edad
3. Peor que el de la mayoría de las personas de mi edad

¿Con qué frecuencia acude Ud. al médico?

1. Por lo menos una vez al mes
2. Una vez cada dos o tres meses
3. Dos o tres veces al año
4. Una vez al año o menos

Independientemente de la edad que tiene ¿Con cuántos años se siente Ud.?

1. Con menos años que los que tengo
2. Con los mismos años que tengo
3. Con más años que los que tengo

Señale el tipo de actividades comunitarias en las que participa, y la frecuencia con que lo hace

A. Centro o club de mayores

1. Frecuentemente (2/3 veces por semana a diariamente)
2. De vez en cuando (una o dos veces al mes o menos)
3. Nunca

B. Voluntariado social

1. Frecuentemente (2/3 veces por semana a diariamente)
2. De vez en cuando (una o dos veces al mes o menos)
3. Nunca

C. Club o Asociación (de vecinos, cultural, deportiva, etc.)

1. Frecuentemente (2/3 veces por semana a diariamente)
2. De vez en cuando (una o dos veces al mes o menos)
3. Nunca

D. Actividades religiosas

1. Frecuentemente (2/3 veces por semana a diariamente)
2. De vez en cuando (una o dos veces al mes o menos)
3. Nunca

¿Cuál de las siguientes frases describe mejor el nivel de actividad física que tiene Ud. normalmente?

1. Realizo actividad física regularmente (al menos una hora 3 ó 4 veces por semana: gimnasia, pasear, algún deporte)
2. Hago alguna actividad física 3 ó 4 veces al mes (bailar, pasear, jardinería, etc.)
3. Realizo solo la actividad doméstica normal (compra, gestiones, comida, arreglo de la casa)
4. Estoy casi completamente inactivo físicamente (ver T.V., jugar a las cartas, coser, etc).

Anexo. 3

ESCALA DE AUTOESTIMA (Rosenberg, 1965)

1= Muy en desacuerdo
 2= Bastante en desacuerdo
 3= Bastante de acuerdo
 4= Muy de acuerdo

		1	2	3	4
1	Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás				
2	Creo tener varias cualidades buenas				
3	Me inclino a pensar que en conjunto, soy un fracaso				
4	Puedo hacer las cosas tan bien como el resto de las otras personas				
5	Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme				
6	Asumo una actitud positiva hacia mí mismo /a				
7	En general, estoy satisfecho /a conmigo mismo /a				
8	Desearía sentir más aprecio por mí mismo /a				
9	A veces me siento realmente inútil				
10	A veces pienso que no sirvo para nada				

Anexo. 4

TEST DE OPTIMISMO DISPOSICIONAL (Scheier y Carver, 1985)

0= Totalmente en desacuerdo

1= En desacuerdo

2= Indiferente

3= De acuerdo

4= Totalmente de acuerdo

		0	1	2	3	4
1	En momentos de incertidumbre suelo esperar que ocurra lo mejor					
2	* Me resulta fácil relajarme					
3	Seguro que si algo puede irme mal, me ocurre					
4	Siempre soy optimista acerca de mi futuro					
5	* Disfruto mucho con mis amigos /as					
6	* Para mí, es importante estar ocupado /a					
7	Casi nunca espero que las cosas sean me sean favorables					
8	No me disgusto fácilmente					
9	* Rara vez confío en que las cosas buenas me ocurran a mí					
10	En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas					

* Los elementos 2, 5, 6 y 9 son de control.

Anexo. 5

ACTITUD HACIA EL PROPIO ENVEJECIMIENTO**Subescala del Cuestionario de Satisfacción Geriátrica de Filadelfia (Lawton,1975)**

Nº Item escala		Si	No
1	¿Las cosas se han puesto peor a medida que usted ha envejecido?		
2	¿Tiene tanta energía como el año pasado?		
6	¿Se siente menos útil a medida que envejece?		
8	¿A medida que envejece, las cosas le parecen mejor de lo que esperaba?		
10	¿Es tan feliz ahora como cuando era más joven?		

Anexo. 6

PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM (Hunt, McEwen y McKena, 1986)

		Si	No
1	Siempre estoy fatigado /a		
2	Tengo dolor por las noches		
3	Las cosas me deprimen		
4	Tengo un dolor insoportable		
5	Tomo pastillas para dormir		
6	He olvidado qué es pasarlo bien		
7	Tengo los nervios de punta		
8	Tengo dolor al cambiar de postura		
9	Me encuentro solo		
10	Solo puedo andar por dentro de casa		
11	Me cuesta agacharme		
12	Todo me cuesta un esfuerzo		
13	Me despierto antes de hora		
14	Soy totalmente incapaz de andar		
15	Últimamente me resulta difícil contactar con la gente		
16	Los días se me hacen interminables		
17	Me cuesta subir y bajar las escaleras		
18	Me cuesta coger las cosas		
19	Tengo dolor al andar		
20	Últimamente me enfado con facilidad		
21	Creo que soy una carga para los demás		
22	Me paso la mayor parte de la noche despierto		
23	Siento que estoy perdiendo el control de mí mismo /a		
24	Tengo dolor cuando estoy de pie		
25	Me cuesta vestirme		
26	Enseguida me quedo sin fuerzas		
27	Me cuesta estar de pie mucho rato (Por ej., haciendo cola)		
28	Tengo dolor constantemente		
29	Me cuesta mucho dormirme		
30	Creo que no tengo a nadie en quien confiar		
31	Las preocupaciones me desvelan por la noche		
32	Creo que no vale la pena vivir		
33	Duermo mal por las noches		
34	Me cuesta llevarme bien con la gente		
35	Necesito ayuda para caminar fuera de casa		
36	Tengo dolor al subir y bajar escaleras		
37	Me siento desanimado		
38	Tengo dolor cuando estoy sentado		