

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Programa de Doctorado en Psicogerontología

Facultat de Psicologia



Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

Tesis Doctoral

Presentada por:

Ricardo Filipe da Silva Pocinho

Dirigida por:

**Dra. Esperanza Navarro Pardo
Dr. Eduardo João Ribeiro Santos
Dra. Carmen Moret Tatay**

Valencia, 2014

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo caracterizar el perfil de las personas mayores que asisten a las Universidades de la Tercera Edad (o Universidades de Mayores) en el territorio portugués. Además, se pretende examinar los beneficios que, en la vida de estos estudiantes, tienen las Universidades de la Tercera Edad, y si podría existir un efecto en la calidad de vida de estos estudiantes, en su satisfacción vital y en su aislamiento o soledad. Por ello, se trató de determinar el perfil demográfico de los estudiantes mayores que asisten a estos espacios de encuentro y aprendizaje, así como la existencia de síntomas depresivos y de ansiedad. Finalmente, se concluyó que las Universidades de la Tercera Edad permiten combatir, tanto el aislamiento social, como la sintomatología de ciertas patologías como la depresión y la ansiedad. En general, las personas mayores que asisten a estas instituciones tienen un nivel muy alto de satisfacción con la vida, no muestran sentimientos de soledad y muestran menos síntomas depresivos y ansiosos.

Abstract

The goal of this work is to characterize the profile of the elderly attempting to Universities of the Third Age in Portuguese territory. It also pretends to examine the benefits of these Universities on the life of its students, and if there could be any effect on the quality of life of these students, on their vital satisfaction and on their isolation and loneliness. Therefore, it seeks to determine the existence of depressive and anxiety symptoms, as well as the demographic profile of the older students who attend these meeting and learning spaces. Finally, it was concluded that the Universities of the Third Age will allow combat social isolation and certain pathologies, such as depression and anxiety. In general, older people who attend these institutions have a very high level of satisfaction with life, do not show feelings of loneliness and show less depressive and anxiety symptoms.

À Professora Doutora Carmen Moret Tatay

À Professora Doutora Esperanza Navarro Pardo

Ao Professor Doutor Eduardo João Ribeiro Santos

À os meus filhos Catarina e Miguel e à minha mulher Joana pelo tempo que lhes roubei,
espero um dia poder compensar.

Agradecimentos

Quero expressar a minha gratidão às várias pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

A os meus orientadores Professora Doutora Carmen Moret Tatay, Professora Doutora Esperanza Navarro Pardo e Professor Doutor Eduardo João Ribeiro Santos, cujo método de trabalho e constante disponibilidade, sugestões e incentivos, tornaram possível a realização desta investigação.

A quem me desafiou, compreendeu e incentivou, a Professora Doutora Esperanza Navarro Pardo.

À minha mulher e à minha filha Catarina a quem roubei preciosas horas de companhia e atenção, pelo incentivo constante e apoio para a persecução deste fim, ao meu Miguel que teve no seu período de gestação, a ausência dos mimos do pai, esperopoder compensa-lo.

Aos meus PAIS, porque com a sua humildade me souberam dar a melhor das lições, a eles agradeço tudo o que sou e o que fiz.

A os meus irmãos pela força que me deram sempre para seguir em frente.

A os meus avós...

À restante família e amigos.

À Gisela Santos, pelo apoio prestado na organização do projeto de investigação e pela sua disponibilidade para tornar o texto deste trabalho mais inteligível.

Por fim, às Universidades e aos Seniores que participaram, sem eles tudo seria impossível e a concretização do estudo não teria ocorrido.

Índice

I - Fundamentación teórica	1
Capítulo 1: Entender el envejecimiento	3
1.1. Envejecimiento demográfico	3
1.2. Envejecimiento: definiciones y características	10
A. Teorías biológicas del envejecimiento.....	14
B. Las teorías psicológicas del envejecimiento	17
C. Teorías del Envejecimiento Social	20
1.3. Los mitos y estereotipos sobre el envejecimiento	27
Capítulo 2. Cómo añadir vida a los años.....	32
2.1. Envejecimiento exitoso	32
2.1.1 Surgimiento y evolución del concepto de envejecimiento exitoso	34
2.1.2 Los modelos biológicos y los modelos cognoscitivos y psicosociales del envejecimiento exitoso.....	36
2.1.3 Los múltiples modelos de envejecimiento exitoso	38
2.1.4 Estrategias para un envejecimiento exitoso	40
2.2. Calidad de vida en las personas mayores	43
2.2.1 Definir y entender la calidad de vida	44
2.3. Concepto de bienestar	49
2.3.1 Bienestar Subjetivo: definiciones	51
2.3.2 La influencia de factores sociodemográficos y personales sobre el bienestar subjetivo	52
2.4. Resiliencia y afrontamiento en el envejecimiento	55
Capítulo 3. Las Universidades de los Mayores.....	61
3.1. Caracterización de las Universidades de los Mayores en Portugal	61
3.1.1 La importancia de las Universidades de la tercera edad en la calidad de vida de las personas de edad avanzada	68
3.1.2 La lucha contra la soledad	71

3.2. Aprendizaje y formación durante toda la vida	73
II – Metodología	77
1. Caracterización de la muestra	79
2. Materiales utilizados.....	79
2.1. Protocolo de Evaluación	79
2.1.1. Cuestionario de datos sociodemográficos.....	80
2.1.2. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS).....	80
2.1.3. Escala de Soledad de la UCLA	83
2.1.4. Escala de Depresión Geriátrica (GDS).....	86
2.1.5. Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI)	86
3. Procedimientos	87
4. Hipótesis	88
III- Resultados	93
1. Análisis descriptivo de la muestra	95
2. Análisis descriptivo de los instrumentos.....	131
3. Propiedades psicométricas de los instrumentos administrados.....	162
3.1. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS).....	163
3.2. Escala de Soledad de la UCLA	165
3.3. Escala de Depresión Geriátrica (GDS).....	169
3.4. Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI)	169
4. Análisis de las relaciones entre los diferentes constructos.....	169
5. Estudio de las diferencias en términos de género, estado civil, zona geográfica de residencia y familiares que comparten el hogar	171
6. Modelo causal predictivo basado en redes bayesianas.....	172
IV – Discusión	177
1. Perfil de las personas mayores matriculadas en las Universidades de la Tercera Edad (UTE) en Portugal	180

2. Evaluación de la satisfacción con la vida de los estudiantes que asisten a las universidades de la Tercera Edad en Portugal	186
3. Evaluación de la existencia de sentimientos de soledad en los estudiantes que asisten a las universidades de la Tercera Edad en Portugal	190
4. Evaluación de la depresión en los estudiantes que asisten a las universidades de la Tercera Edad en Portugal	192
5. Evaluación de la ansiedad en las personas mayores que asisten a los estudiantes en las Universidades de la Tercera Edad en Portugal	195
6. Modelo causal predictivo basado en redes bayesianas	196
V – Conclusiones.....	199
Referencias Bibliográficas	212

Índice de figuras

Figura 1. Pirámides de edad de la población portuguesa en 1960 y 2005.....	6
Figura 2. Variación de la población residente en el período comprendido entre 2001 y 2011	7
Figura 3. Pirámides de edad de la población portuguesa en 2025 y 2050	8
Figura 4. Población de los jóvenes y los ancianos en 2000-2050	9
Figura 5. Evolución de las UTE	64
Figura 6. Histograma de las edades de los participantes y diagrama de caja y bigotes de la edad respecto al género	96
Figura 7. Gráfico de sectores sobre la región geográfica de la población	100
Figura 8. Diagrama de barras respecto de los miembros con los que los participantes conviven	107
Figura 9. Diagrama de sectores sobre la escolaridad de los participantes	111
Figura 10. Histograma del tiempo de asistencia a la UTE	120
Figura 11. Diagrama de barras sobre el "motivo de su entrada en la Universidad de la Tercera Edad"	126
Figura 12. Histograma de la puntuación total de la SWLS obtenida por la muestra masculina (izquierda) y femenina (derecha)	132
Figura 13. Histograma de las puntuaciones totales obtenidas en UCLA y diagrama de caja y bigotes según la variable género	140
Figura 14. Gráfico de sedimentación de la escala SWLS sobre satisfacción	163
Figura 15. Cargas factoriales de la escala SWLS sobre satisfacción	164

Figura 16. Cargas factoriales de la Escala de Soledad de la Universidad de California – Los Ángeles (UCLA)	167
Figura 17. Cargas factoriales de la Escala de Soledad de la Universidad de California – Los Ángeles (UCLA)	168
Figura 18. Diagramas de dispersión de los diferentes constructos empleados	170
Figura 19. Modelo teórico de satisfacción según las variables objeto del presente estudio (género, estado civil, zona geográfica, constitución del hogar, edad, nivel de estudios, tiempo acudiendo a laUTE, GDS, GAI y UCLA)	172
Figura 20. Modelo empírico de satisfacción estipulado según las variables objeto del presente estudio (género, estado civil, zona geográfica, constitución del hogar, edad, nivel de estudios, tiempo acudiendo a laUTE, GDS, GAI y UCLA).....	174
Figura 21. Inferencia sobre la probabilidad de la alta satisfacción en el modelo empírico de satisfacción estipulado según las variables objeto del presente estudio (género, estado civil, zona geográfica, constitución del hogar, edad, nivel de estudios, tiempo acudiendo a laUTE, GDS, GAI y UCLA).....	175
Figura 22. Inferencia sobre la probabilidad de la satisfacción media en el modelo empírico de satisfacción estipulado según las variables objeto del presente estudio (género, estado civil, zona geográfica, constitución del hogar, edad, nivel de estudios, tiempo acudiendo a laUTE, GDS, GAI y UCLA)	176

Índice de Tablas

Tabla 1. Población residente (%) de acuerdo con la estructura de edad y sexo en los años 1981, 1991, 2001 y 2011	6
Tabla 2. Teorías del envejecimiento biológico	14
Tabla 3. Teorías del envejecimiento social	18
Tabla 4. Teorías psicológicas del envejecimiento	23
Tabla 5. Ubicación de las UTE por distritos.....	65
Tabla 6. Evolución del número de estudiantes, por sexo y porcentaje	66
Tabla 7. Tamaño muestral y caracterización del grupo en relación con la edad. Media y porcentaje	95
Tabla 8. Caracterización según rango de edad	96
Tabla 9. Caracterización de la muestra en relación con el estado civil.....	97
Tabla 10. Caracterización del estado civil en función de género. Frecuencia y porcentaje	97
Tabla 11. Caracterización del estado civil en función de la edad.....	98
Tabla 12. Caracterización de la muestra en de la región geográfica.....	99
Tabla 13. Caracterización de la región geográfica en función del género	101
Tabla 14. Caracterización de la región geográfica en función de la edad de los participantes. Frecuencia y porcentaje	102
Tabla 15. Caracterización de la región geográfica en función de la edad de los participantes hombres y mujeres.....	103

Tabla 16. Caracterización de la muestra según el área geográfica de origen.....	104
Tabla 17. Caracterización de la muestra en relación con el área geográfica en función del género	105
Tabla 18. Caracterización de la muestra en relación con el área geográfica en función de la edad	106
Tabla 19. Caracterización de la muestra según la estructura del hogar	107
Tabla 20. Caracterización de los hogares en relación con la edad de los participantes	109
Tabla 21. Caracterización de la muestra en función de la escolarización	111
Tabla 22. Caracterización de la muestra con respecto a la educación sobre la base del género	112
Tabla 23. Caracterización de la enseñanza de la muestra en función de la edad de los participantes.....	113
Tabla 24. Caracterización de la formación académica de la muestra en función de la zona geográfica donde residen los participantes	114
Tabla 25. Caracterización de la muestra en función de la actual situación laboral.....	115
Tabla 26. Caracterización de la situación profesional de la muestra actual en función de género.....	115
Tabla 27. Caracterización de la actual situación profesional de la muestra en función de la edad de misma	116
Tabla 28. Caracterización de la muestra por la profesión previa a la jubilación	117
Tabla 29. Caracterización de la muestra sobre la base de la profesión ejercida con	

anterioridad a la jubilación	118
Tabla 30. Caracterización de la muestra en función del tiempo de asistencia a la UTE	120
Tabla 31. Caracterización de la muestra en función del tiempo en la UTE.....	121
Tabla 32. Caracterización de la muestra en función del tiempo de permanencia en la UTE y la ubicación geográfica	122
Tabla 33. Caracterización de la muestra en función del tiempo de asistencia a la UTE	124
Tabla 34. Caracterización de la muestra en función de la razón para su participación en las UTE	126
Tabla 35. Motivo de ingreso en la Universidad en función del género	127
Tabla 36. Motivo de ingreso en la Universidad en relación con el tipo de zona de residencia del alumno	128
Tabla 37. Caracterización de la muestra en relación a la pregunta "¿Cómo se enteró de la existencia de las Universidad de la Tercera Edad?"	129
Tabla 38. Caracterización de la muestra en relación a la pregunta " ¿Cómo se enteró de la Universidad de la Tercera Edad?" según el género del alumno ...	130
Tabla 39. Media y desviación típica de la puntuación total de la SWLS	131
Tabla 40. Media y desviación típica de la puntuación total de la SWLS en función del género	132
Tabla 41. Medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en cada rango de edad	133
Tabla 42. Medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en función de la zona geográfica	134

Tabla 43. Medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en función del nivel de escolaridad	134
Tabla 44. Media y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en función del estado civil	135
Tabla 45. Medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en función de la familia	136
Tabla 46. Medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS dependiendo de la región geográfica	136
Tabla 47. Medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en función de la actual situación profesional	137
Tabla 48. Medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en función de la pregunta "¿Cuánto tiempo hace que acude a la Universidad de la Tercera Edad?"	138
Tabla 49. Las medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en función de la pregunta "¿Cuál es el motivo de su entrada en la Universidad de la Tercera Edad?"	139
Tabla 50. Media y desviación típica según género y puntuación de la UCLA.....	139
Tabla 51. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la UCLA en cada rango de edad.....	142
Tabla 52. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la UCLA en función de la actual situación profesional.....	142
Tabla 53. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la UCLA en función de la zona geográfica	143
Tabla 54. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la UCLA en función de la zona geográfica	143

Tabla 55. Medias y desviaciones típicas obtenidas a partir de la UCLA en función de los niveles de escolaridad.....	144
Tabla 56. Medias y desviaciones típicas obtenidas de la UCLA en relación con el estadocivil	145
Tabla 57. Medias y desviaciones típicas obtenidas a partir de la UCLA en relación con las personas que conviven en el hogar.....	146
Tabla 58. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la UCLA en función de la pregunta "¿Cuánto tiempo hace que acude a la Universidad de la Tercera Edad?"	147
Tabla 59. Medias y desviaciones típicas obtenidas a partir de la UCLA en función de la pregunta "¿Cuál es el motivo de la entrada en la Universidad de la Tercera Edad?"	147
Tabla 60. Media y desviación típica de la puntuación total del GDS	148
Tabla 61. Media y desviación típica de la puntuación total de la GDS en función del género.....	149
Tabla 62. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GDS en cada rango de edad	149
Tabla 63. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GDS en función del tipo de residencia del alumno.....	150
Tabla 64. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GDS dependiendo de la región geográfica.....	151
Tabla 65. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GDS en función del nivel de escolaridad	152
Tabla 66. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GDS en función de la actual situación profesional	152

Tabla 67. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GDS en función del estado civil	153
Tabla 68. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GDS en función de la convivencia familiar	153
Tabla 69. Medias y desviaciones típicas obtenidas en el GDS en relación a la pregunta "¿Cuánto tiempo hace que acude a la Universidad de la Tercera Edad?"	154
Tabla 70. Medias y desviaciones típicas obtenidas en el GDS en relación a la pregunta "¿Cuál fue el motivo de su entrada en la Universidad de la Tercera Edad?"	155
Tabla 71. Media y desviación típica de la puntuación total de la GAI	156
Tabla 72. Medias y desviaciones típicas obtenidas en el GAI en cada rango de edad	157
Tabla 73. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GAI en función de la zona geográfica	157
Tabla 74. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GAI dependiendo de la región geográfica	158
Tabla 75. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GAI en función de los niveles de escolaridad	159
Tabla 76. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GAI en función del estado civil	159
Tabla 77. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GAI en función de la familia.....	160
Tabla 78. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GAI en función de la situación profesional	160

Tabla 79. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GAI en función de la pregunta "¿Cuánto tiempo hace que acude a la Universidad de la Tercera Edad?"	161
Tabla 80. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GAI en función de la pregunta "¿Cuál fue el motivo de su entrada en la Universidad de la Tercera Edad?"	162
Tabla 81. Autovalor correspondiente al análisis factorial exploratorio de la escala SWLS sobre satisfacción	163
Tabla 82. Análisis factorial exploratorio de la Escala de Soledad de la Universidad de California – Los Ángeles (UCLA)	166
Tabla 83. Matriz de correlaciones entre los diferentes constructos empleados.....	169
Tabla 84. Información mutua y porcentaje de cada nodo estipulado en el modelo bayesiano	173

I. Fundamentación teórica

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los
alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

Capítulo 1: Entender el envejecimiento

1.1 Envejecimiento demográfico

En la actualidad, se ha incrementado el interés por examinar los procesos subyacentes al envejecimiento de la población. De acuerdo con Carrillo y Gonçalves (2004), el envejecimiento es el fenómeno más relevante del siglo XXI en las sociedades desarrolladas. No sólo es importante debido a las modificaciones que implica a nivel individual o a los cambios en la forma en que vivimos como colectivo, sino también porque este fenómeno posee importantes implicaciones a nivel socioeconómico. Así, este fenómeno trasciende el hecho de ser una de las preocupaciones comunes a todos los países, no sólo los industrializados, sino también en aquellos en vías de desarrollo, y es una de las más importantes transformaciones sociales de las últimas centurias. La mejora general de las condiciones socioeconómicas y los sucesivos avances de la tecnología han contribuido a una mayor longevidad de la población. Dado que el fenómeno del envejecimiento poblacional es un reto importante, en particular para Portugal, resulta crucial tanto la investigación sobre el envejecimiento en sí mismo como el de las políticas sociales relacionadas con él. De acuerdo con Osorio (2007), el fenómeno del envejecimiento trasciende a los intereses individuales y colectivos de este grupo social debido a sus implicaciones en los ámbitos familiar, social, económico y político. Por ejemplo, paralelamente al envejecimiento de la población portuguesa, se ha producido un incremento en los gastos de la seguridad social relacionados con las reformas estructurales, las pensiones y la asistencia social, en sus diversas modalidades. El sistema de seguridad social y la estructura del gasto público reflejan una sostenibilidad frágil, puesto que aparece una sobrecarga por los costes de los servicios que requiere la población de mayor edad. En este sentido, se han desarrollado iniciativas no sólo en políticas de alcance nacional, sino también internacionales. Éstas tratan de solucionar los problemas del envejecimiento de la población, cómo afrontan y se organizan respecto a este problema las sociedades contemporáneas. Es el caso de la declaración del año 2012 como “Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional”.

El envejecimiento debe ser analizado en función de dos perspectivas: la persona y la sociedad. El envejecimiento individual se corresponde con el aumento de la longevidad de las personas, es decir, la media de esperanza de vida (INE, 2000; 2001). Ésta es cada vez mayor debido a la mejora de las condiciones de vida y al desarrollo tecnológico y científico, constituyendo un indicador del desarrollo social y científico. La perspectiva demográfica se caracteriza por un incremento de la proporción de personas de edad avanzada en comparación con la población joven. Dado que estos cambios han sido tan rápidos, han provocado incertidumbre sobre si estamos frente a una crisis o una oportunidad (CCE, 2006). No obstante, también puede interpretarse como un reto que aparece como resultado de la disminución de la tasa de natalidad, los métodos anticonceptivos y la creciente igualdad en la distribución de los roles de género. Así mismo, cabe destacar el impacto en el acceso de las mujeres a la educación y al mercado de trabajo mediante la modificación de los modelos asociados a una creciente demanda de calidad de vida. Además del descenso de la tasa de natalidad, resulta de gran interés resaltar el aumento de la longevidad, es decir, de la esperanza de vida, gracias a los avances tecnológicos y médicos y a la mejora de las condiciones de higiene y nutrición, las condiciones de acceso a la asistencia médica, la extensión de los sistemas de protección social, y el cambio en los hábitos de alimentación, entre otros factores (INE, 1999, Osorio, 2007). Por lo tanto, la disminución de la tasa de natalidad y el incremento de la longevidad son dos de los factores que sustentan el aumento continuo de la proporción de personas de edad avanzada (INE, 1999). La esperanza media de vida se ha relacionado con el desarrollo del país por lo que, a mayor desarrollo de un país, mayor es la esperanza media de vida de sus habitantes.

Por otra parte, aparece comúnmente el prejuicio de la asociación entre el envejecimiento y la vulnerabilidad, la dependencia funcional y la enfermedad. Sin embargo, el envejecimiento no es homogéneo en todos los individuos, siendo el resultado final de diversos factores, incluyendo el estilo de vida de cada persona. Por ello, resulta crucial identificar las diferencias entre las personas con la misma edad cronológica. Según las previsiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población mundial joven tenderá a disminuir, constituyendo, en 2050, sólo el 21% de la población total. Según diversos indicadores, la población de mayor edad tiende a aumentar. Según Marques (2011), en el año 2007, el índice de envejecimiento mundial

fue de 38,7 y se espera un incremento de 107,4 en el año de 2050. Es más, las proyecciones indican, entre 2007 y 2050, un aumento del 124,2 al 206,8% en los países más desarrollados. Para los países menos favorecidos, se prevé un incremento de entre un 28 y un 95,7%. De acuerdo con Marques (2011), en el año 2050 existirán alrededor de 200 personas de más de 60 años por cada 100 jóvenes.

Por otro lado, y refiriéndonos concretamente al tema del presente trabajo, Portugal es uno de los países del mundo con una mayor tasa de población de edad avanzada, ocupando el octavo lugar en el ranking de los países más envejecidos. En Portugal, así como en el resto de Europa, la combinación de las bajas tasas de natalidad y el aumento de esperanza de vida justifican un aumento continuo de la población de edad avanzada (de 65 o más años de edad). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2001), el envejecimiento de la población joven de Portugal disminuyó en un 36%, mientras que la población de adultos mayores se incrementó en un 140% en el año 2001. Esto representa el 16,4% de la población total en ese año. El desarrollo demográfico de Portugal en el año 2009 se caracterizó por un ligero aumento de la población residente como consecuencia del saldo migratorio positivo. Como resultado de estos movimientos migratorios, Portugal, en 2009, tenía 10.637.713 habitantes (INE, 2011). Aun así, en el período comprendido entre 2000 y 2009, Portugal ha experimentado un crecimiento de la población de 65 o más años de edad, siendo que esta población representaba el 16,5% en 2001 y 17,9% en el año 2009. Es notable que el incremento de la población de 75 o más años de edad haya aumentado del 6,9% en 2001 al 8,4% en 2009.

A fines del siglo XX, Portugal presentaba un doble envejecimiento demográfico en la parte superior y en la base de la pirámide de edad. La base de la pirámide sufre el consiguiente estrechamiento de la disminución de la población joven. Por otro lado, encontramos una ampliación de la parte superior de la pirámide, con el incremento de la población de la tercera edad. La Figura 1 nos muestra este envejecimiento, realizando una comparación entre la pirámide de edad de 1960 y de 2010. En este sentido, podemos comprobar, en el transcurso de los años, la existencia de un descenso de la población joven en la base de la pirámide y un aumento de la población de edad avanzada en la parte superior de ésta. Así mismo, se ha producido un incremento en el sexo femenino en la franja de edad entre los 80 años y los 99 años de edad.

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

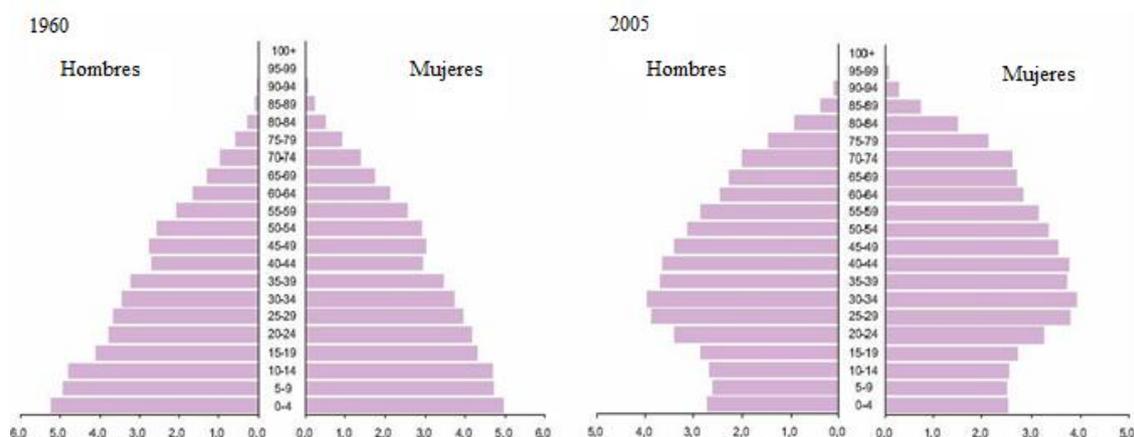


Figura 1. Pirámides de edad de la población portuguesa en 1960 y 2005. Fuente: INE (2007): Censos de población, estimaciones y proyecciones de población residente.

En la tabla siguiente (véase Tabla 1) se presenta el porcentaje de la población residente en Portugal, de acuerdo con la estructura de edad y el género desde 1981. El censo de 2011 muestra el aumento en la población de la tercera edad, en ambos sexos, y la disminución de la población más joven. Por lo que respecta a la edad, el grupo más envejecido son las mujeres, quienes muestran una mayor expectativa media de vida, por lo que, en Portugal, viven más años que los hombres.

Tabla 1. Población residente (%) de acuerdo con la estructura de edad y sexo en los años 1981, 1991, 2001 y 2011.

	0 – 14 años			15 – 24 años			25 – 64 años			≥ 65 años		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
1981	25,5	27,0	24,1	16,6	17,3	15,9	46,5	46,1	46,9	11,4	9,6	13,1
1991	20,0	21,2	18,9	16,3	17,1	15,6	50,1	49,9	50,2	13,6	11,7	15,4
2001	16,0	17,0	15,1	14,3	15,0	13,6	53,3	53,7	52,9	16,4	14,3	18,4
2011	14,9	15,9	13,9	10,8	11,5	10,2	55,1	55,7	54,5	19,1	16,8	21,3

Fuente: Censo 2011 - Resultados Provisionales, Portugal. INE

Centrándonos en el envejecimiento de la población de Portugal, observamos que el perfil demográfico no es uniforme cuando se analizan los diferentes términos territoriales. Por el contrario, destacan las grandes asimetrías que reflejan un modelo de desarrollo socio-económico caracterizado por la litoralización y concentración urbana en algunas zonas de gran atractivo. En definitiva, en las grandes regiones del país. Según el Censo (INE, 2011), las regiones de Portugal que han ido perdiendo población son Alentejo y la región Centro. La región de Alentejo parece haber sufrido una disminución de su población residente de un 2,5% en comparación con el año 2001. A su vez, la región Centro mostró una disminución más leve, con un descenso del 1% en comparación con el 2001. El Norte presenta una mayor estabilidad en el transcurso de los años, y las demás regiones presentan un aumento de población residente, en particular en el Algarve y la Región Autónoma de Madeira (véase Figura 2). De esta forma, Portugal tiene la mayor densidad de población en las zonas costeras y las zonas del interior, pobladas principalmente por personas de la tercera edad.

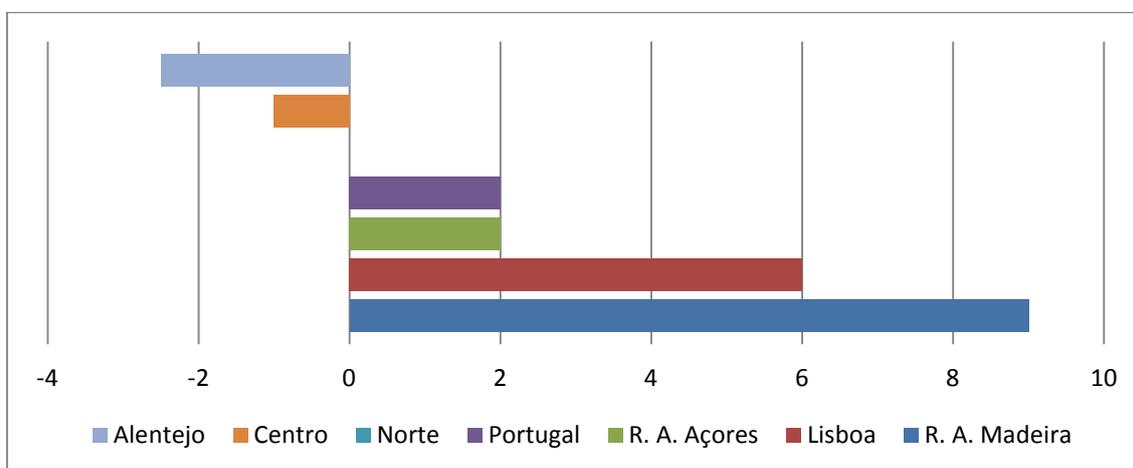


Figura 2. Variación de la población residente en el período comprendido entre 2001 y 2011. Fuente: Censo 2011, Portugal, INE.

Carrilho y Gonçalves (2007) sostienen que el envejecimiento de la población modificará su tendencia durante los próximos 45 años. El autor menciona que el total de la población sufrirá cada año una disminución de un 0,3%. Incluso la población joven y la población activa sufrirán un decremento. Así mismo, el autor argumenta que este

ritmo de descenso se frenará, como consecuencia de los efectos de esa misma disminución. Las proyecciones a partir del año 2005 a 2050 defienden el aumento de población de edad avanzada en un 1,1% cada año para la población de 65 o más años de edad. Para la población de 85 o más años, este aumento puede llegar al 2,2%. También podrá percibirse una disminución en el ritmo de crecimiento de la población de edad avanzada, no siendo ésta resultado de una mayor tasa de mortalidad en el citado grupo. Es decir, la principal razón se deberá a que la población habrá alcanzado un alto grado de envejecimiento. En la Figura 3 podemos observar esta tendencia, en la proyección de la edad las pirámides de población portuguesa para los años 2025 y 2050.

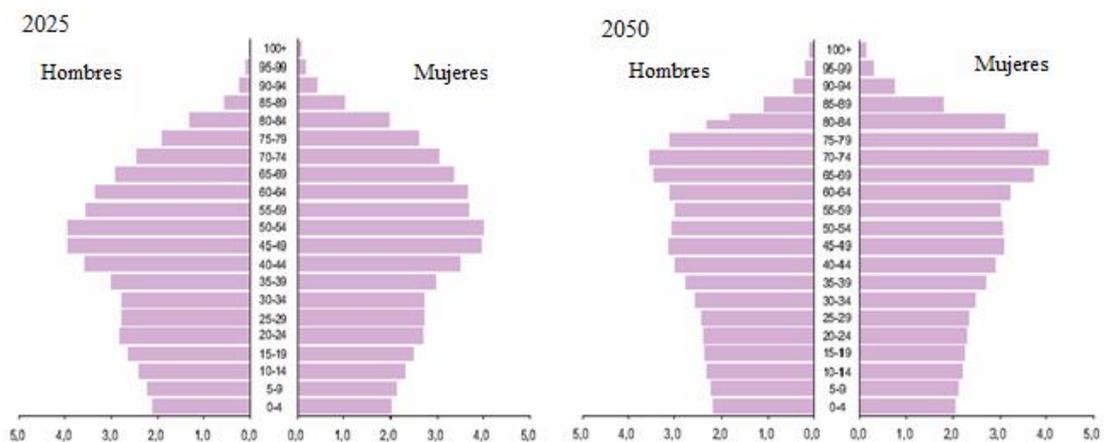


Figura 3. Pirámides de edad de la población portuguesa en 2025 y 2050. Fuente: INE (2007): Censos de población, estimaciones y proyecciones de población residente.

En la figura 4, podemos verificar los perfiles de las pirámides previstas desde 2005 hasta 2050. Según el Censo (INE, 2007), en el año 2050 no sólo se reducirá la base de la pirámide en las capas más jóvenes sino, también, se reducirá la población adulta (hasta 65 años). Portugal asistirá a una mayor proporción de población de adultos mayores con edades entre los 70 y 80 años de edad. Según el INE (2007), el índice de envejecimiento de la población podría llegar a 243 personas de la tercera edad por cada 100 jóvenes y, por tanto, llegar a alcanzar el 32% en relación con el total de la población

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

(véase Figura 4). La población residente tendería a disminuir y el número de niños menores de 15 años continuará disminuyendo (del 15,4% en 2010 al 13,1% en 2050).

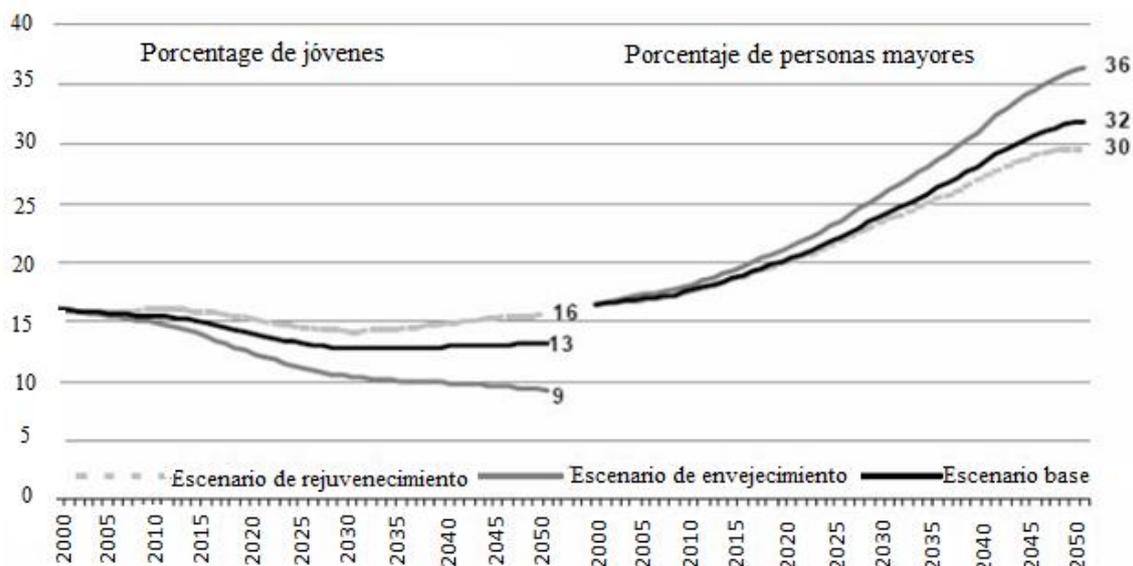


Figura 4. Población de los jóvenes y los ancianos 2000-2050. Fuente: INE (2007):
Proyecciones de población residente en Portugal 2000-2050.

Así, el envejecimiento de la población es una realidad cada vez más presente en nuestra sociedad. Los datos resultan preocupantes y deberían ser considerados como un desafío o una oportunidad, no como una carga. Estos cambios profundos que afectan a tantos países permiten y requieren un enfoque social. Por lo tanto, es fundamental la inversión en medidas para la inclusión social y la integración de las personas de edad avanzada. Siguiendo la frase ya extendida socialmente, el envejecimiento demográfico no sólo debería permitir añadir años a la vida, sino también vida a los años.

1.2.Envejecimiento: definiciones y características.

Como se mencionó anteriormente, el estudio del proceso de envejecimiento no es un fenómeno reciente. Pero, aunque siempre haya existido, es un concepto progresivamente más presente, sobre todo en la transición del siglo XX al siglo XXI, cuando encontramos un gran incremento en el número de personas de la tercera edad, por lo que no es sorprendente que este fenómeno atraiga el interés de un número cada vez mayor de investigadores (Azevedo, 2001; Moura, 2006; Pocinho, Santos, Rodrigues, Pais & Santos, 2013).

Según Henrard (1997), el envejecimiento es un concepto con doble sentido; incluye tanto el proceso de senescencia, como una expresión de la evolución del tiempo biológico y el avance de la edad, como el despliegue del tiempo cronológico. Muchos autores se preocupan por definir el proceso de envejecimiento, especificando las características y complementando definiciones anteriores. De manera general, el envejecimiento se plantea como un fenómeno natural y multidimensional, como un proceso de alteraciones que se producen de forma progresiva e inevitable, y que se caracteriza por un amplio conjunto de factores fisiológicos, psicológicos y sociales. Además, estas alteraciones son individuales y específicas para cada individuo (Agree & Freedmann, 2001; Faria & Marino, 2003; Martins, 1999; Poirier, 1995; Teixeira, 2004; Vieira, 1996). Los cambios biológicos se caracterizan por una reducción de las habilidades funcionales y de la capacidad de adaptación y autorregulación que incrementan la vulnerabilidad de las personas de edad avanzada. Estas alteraciones se refieren a la capacidad del comportamiento psicológico de la persona para adaptarse al medio ambiente que le rodea. Así mismo, los cambios sociales consisten en las alteraciones experimentadas en los roles y los hábitos que anteriormente habían sido desarrollados por los miembros de una sociedad (Brink, 2001; Costa & Arminda, 1999; Carvalho, 1999; Schroots & Birren, 1990; Sousa & Figueiredo, 2003; Poirier, 1995; Teixeira, 2004; Vieira, 1996). En consecuencia, el proceso de envejecimiento se caracteriza por la complejidad dinámica y sus peculiaridades. De hecho, se trata de un proceso bio-psico-social. El desarrollo que el individuo hace a lo largo de su vida conforma el proceso de su evolución y envejecimiento, caracterizándose como un proceso singular, único e individual (Berger, 1995; Berger & Mailloux-Poirier, 1995;

Figueiredo, 2007; Lima, 2010; Moniz, 2003; Sequeira & Silva, 2002; Vaillant, 1993; Vieira, 1996; Vaz Serra, 2006).

Varios autores han propuesto una subdivisión del desarrollo humano en sus diferentes etapas. A pesar de no estar consensuado, el criterio utilizado es la edad, asumiéndose que las personas mayores son aquellas que han alcanzado la edad de 65 años. Esta subdivisión de la última etapa de la vida adulta es defendida por varios autores y parece surgir con el aumento de la esperanza media de vida. Por ejemplo, Neugarten (1976, citado en Simões, 2006) estableció dos categorías de personas de tercera edad: (a) personas mayores jóvenes (*young-old*, con edades entre 65 y 74 años) y (b) los mayores mayores (*old-old*, en este caso, de 75 o más años de edad). Esta clasificación no es única. También Beatty y Wolf (1996, citado en Simões, 2006) distingue tres categorías de población: (a) los ancianos jóvenes, con edades comprendidas entre los 65 y 74 años; (b) las personas de mediana edad, entre 75 y 84 años de edad; (c) y las personas muy mayores, con 85 o más años de edad. Otra categorización de la edad encontrada en la literatura es la categorización de Botwinick (1981, citado en Simões, 1990). Este autor, a su vez, diferencia a las personas mayores con más de 75 años de edad en: (a) personas mayores de más edad, hasta 84 años de edad; (b) las personas mayores mucho más mayores, con más de 85 años. De hecho, la edad cronológica, que es una construcción social basada en una división del ciclo de vida, es sólo uno de los criterios que deben tenerse en cuenta cuando se habla sobre el fenómeno del envejecimiento de la población. Pero, más allá de la edad, persisten otras variables relacionadas con el proceso de envejecimiento: el género, el estilo de vida, la clase social, el grado de instrucción y el área donde vive la persona. Según Vaz (1998, p. 623), el envejecimiento es, por lo tanto, una "marca individual", un proceso que, como hemos visto anteriormente, es único y específico para cada persona.

La edad, como fenómeno biológico, se ha relacionado con el envejecimiento celular y la decadencia de la condición física de la persona de edad avanzada. Por tanto, se refiere a las alteraciones físicas que reducen la eficiencia de los sistemas orgánicos y funcionales causando una disminución progresiva de la capacidad para el mantenimiento del equilibrio homeostático. Éste, por lo tanto, se vuelve cada vez más vulnerable a medida que la edad avanza, por lo que disminuyen las posibilidades de supervivencia física. Zinberg y Kaufman (1987) sostienen que la capacidad de

reproducción de las células decrece a partir de los veinte años de edad, observando que la división de las células sufre un decremento como consecuencia de la falta de nutrientes suficientes, el aumento del número de células disfuncionales y la consiguiente reducción de su funcionalidad. Saiz Ruiz (2001) ha argumentado que el envejecimiento consiste en la incapacidad de las células del cuerpo humano para sustituir otras células, que mueren o pierden gradualmente sus funciones. Esta explicación parece abordar tan sólo una causa, la biológica. Por el contrario, además de los factores intrínsecos, también existen los factores extrínsecos como, por ejemplo, el entorno en el cual el individuo se desarrolla. Saiz Ruiz (2001) argumenta que, cuando un individuo muestra una disminución en la capacidad de adaptarse a su ambiente, muestra también una disminución gradual general, incluso en la ejecución metabólica. De manera global, el envejecimiento biológico se caracteriza por el deterioro de los diferentes sistemas del cuerpo humano, tanto a nivel de su eficiencia estructural (nivel metabólico, celular, morfológico, etc.) como a nivel funcional (como resultado de los cambios estructurales). Respecto al envejecimiento biológico, Birren y Cunningham (1985) distinguen entre el envejecimiento primario y el secundario. El envejecimiento primario se caracteriza como el proceso normal de envejecimiento que no involucra exactamente la aparición de la enfermedad. El envejecimiento secundario coincide con las lesiones asociadas con el proceso natural de envejecimiento, el envejecimiento primario. Éstas consisten en lesiones patológicas que incrementan la posibilidad de aparición de enfermedades y, en consecuencia, el aumento progresivo de la dificultad de adaptación, por parte de la persona mayor, a su ambiente. Es el envejecimiento secundario el que explica la variabilidad entre los seres de una misma especie. Spar y la Rue (2005) también argumentan la existencia de un envejecimiento terciario, o decadencia terminal, que se caracteriza por los cambios bruscos de diversas capacidades cognitivas y funcionales. En este sentido, hay un deterioro de los niveles asociados con el envejecimiento.

Las alteraciones biológicas, como consecuencia del proceso natural de envejecimiento, son varias: a) en el sistema nervioso, se produce una disminución en el flujo sanguíneo cerebral, la pérdida progresiva de las células cerebrales y la atrofia de la sustancia blanca en el cerebro, que disminuye la velocidad de procesamiento de la información y la pérdida gradual de la memoria, entre otros; (b) en el sistema cardiovascular se produce una disminución en la fuerza de contracción del corazón, la

reducción del gasto cardíaco y de la vascularización, los depósitos de grasa en la pared vascular y el corazón, los cambios químicos y anatómicos de la pared vascular, (c) en el sistema respiratorio, donde aparece una pérdida de elasticidad del tejido pulmonar y hay menor cantidad de oxígeno en el sistema respiratorio; (d) en el sistema sensorial, las personas de mayor edad padecen una disminución de la agudeza visual y auditiva, la capacidad de hablar es más lenta y se produce una reducción de sensación táctil y gustativa; (e) en la piel y los tejidos subcutáneos, se incrementan las arrugas y aparecen alteraciones de pigmentación, disminución de la transpiración, la piel se hace más delgada, más deshidratada y con menor elasticidad, y hay una pérdida progresiva del cabello y en el engrosamiento de las uñas; (f) en el sistema musculoesquelético, los huesos se vuelven más porosos y ligeros, se producen cambios posturales, desplazamiento de las vértebras, con una disminución de la altura de la persona, menor movilidad de las articulaciones, disminución de la fuerza muscular, así como de la resistencia y agilidad; (g) en el sistema genitourinario hay una disminución en la filtración y la función tubular, una tasa más lenta de producción de hormonas, aparecen problemas de próstata en los hombres y el proceso de la menopausia en la mujer, los órganos sexuales sufren atrofia y la libido disminuye; (h) en sistema metabólico aparece, en algunos casos, una disminución en la producción de hormonas y cambios en la tolerancia a la glucosa; (i) el sistema inmunológico presenta una respuesta más tardía; (j) y, por último, los ritmos biológicos y del sueño se alteran, produciendo una modificación de las etapas del sueño, hay una mayor frecuencia de sueño ligero y presentan una estructura diferente (Berger, 1995; Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Pocinho, Santos, Rodrigues, Pais & Santos, 2013; Sequeira, 2007; Spar & Rue, 2005; Souza, 2006).

De acuerdo con Pocinho, Pais, Santos, Nunes y Santos (2013), la literatura muestra diferentes teorías que han surgido desde el siglo XX con el fin de tratar de explicar el envejecimiento y los diversos mecanismos implicados. Todas las teorías tienen una cierta justificación pero, sin embargo, ninguna de ellas es lo suficientemente comprensiva para proporcionar por separado una explicación satisfactoria. Además, estas teorías suelen agruparse en dos grandes categorías: (A) las teorías biológicas, que analizan el envejecimiento bajo el punto de vista de una degeneración de la función y la estructura de los sistemas orgánicos, y (B) las teorías psicosociales.

A. Teorías Biológicas del Envejecimiento

Las teorías generales del envejecimiento biológico definen el envejecimiento como un fenómeno multidimensional que surge de la acción de varios mecanismos: a) disfunción del sistema inmune; b) programación genética; c) lesiones celulares; d) modificaciones en el nivel de la molécula de ADN; y e) vigilancia de la actividad neuro-endocrino-genética (Berger, 1995; Poirier, 1995).

La actual perspectiva biológica se organiza en dos grandes corrientes (Aiken, 1995; Netto & Borgonovi, 1996; Schaie, 2001; Stuart-Hamilton, 2002): (1) las teorías genéticas y (2) las teorías estocásticas (véase Tabla 2).

Tabla 2. Teorías del Envejecimiento Biológico (Adaptado de Aiken, 1995; Netto & Borgonovi, 1996; Schaie, 2001; Stuart-Hamilton, 2002).

Teorías y sus autores	
Teorías genéticas	<ul style="list-style-type: none">- Teoría del Envejecimiento Celular (Carrel, 1921; Hayflicks, 1980; Hayflicks & Morhead, 1961; Weisman, 1892)- Teoría de los Telómeros (Rohme, 1981).- Teoría de la Velocidad de la Vida (Finch, 1976; 1994; Loeb & Northrop, 1917)- Teoría Neuro-Endocrina (Jiang et al., 2001)- Teoría de Mutagénesis Intrínseca (Burnet, 1974)- Teoría Inmunológica (Miller, 1996).
Teorías estocásticas	<ul style="list-style-type: none">- Teoría de Restricción Calórica (McKay et al., 1935)- Teoría de Mutación Somática (Curtis, 1963).- Teoría de Reparación del ADN (Hart & Setlow, 1974)- Teoría de la Ruptura (Cristofalo et al., 1994)- Teoría de Glicolización (Vlassara, 1994)- Teoría del Estrés Oxidativo (Harman, 1956)

Las teorías genéticas desempeñan un importante rol durante el proceso de envejecimiento:

- I. Teoría del Envejecimiento Celular: esta teoría sostiene la existencia de genes responsables del desarrollo de enfermedades relacionadas con la edad. Sin

embargo, en la actualidad no se han logrado especificar los genes que están relacionados con el proceso general de envejecimiento.

- II. Teoría de los Telómeros: esta teoría sostiene que el envejecimiento sufre la influencia del acortamiento de los telómeros en la determinación de la capacidad regenerativa de los tejidos. es decir, el conjunto de secuencias repetitivas de las proteínas y un ADN no codificador que forman los extremos de los cromosomas y cuya función es la de mantener la estabilidad estructural.
- III. Teoría de la Velocidad de la Vida: el envejecimiento parece ser el resultado, según esta teoría, de lesiones internas en las células y los tejidos. Estas lesiones dan lugar a un incremento del desequilibrio interno y, en última instancia, provocan la muerte.
- IV. Teoría Neuro-Endocrina: De acuerdo con esta teoría, el envejecimiento es el resultado de la disminución de las diferentes hormonas del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal que controlan el sistema reproductivo, el metabolismo y otras funciones del cuerpo humano. La actividad del hipotálamo depende de la expresión de genes específicos, y esta expresión se encuentra en pleno proceso de cambios durante el envejecimiento. Estos cambios dan lugar a modificaciones hormonales que, a su vez, ejercen un papel crucial en el mantenimiento de los tejidos.
- V. Teoría de la Mutagénesis Intrínseca: esta teoría propugna el envejecimiento como resultado de la acumulación de mutaciones en las células, lo que supondría una mala reproducción de material genético. Las células comienzan a evidenciar la pérdida de sus funciones (manifestando el fenotipo de envejecimiento).
- VI. Teoría Inmunológica: el proceso de envejecimiento es el resultado de los cambios en las respuestas inmunitarias que, a su vez, se asocian con la edad. Nuestro cuerpo tiene un sistema de defensa contra cualquier sustancia que pueda atacar el sistema inmunitario. Esta teoría se basa en el hecho de que, con la edad, se produce una disminución de la producción de anticuerpos. Esta modificación

también puede ocurrir de manera inapropiada, lo que provoca la formación de anticuerpos contra ciertos elementos del propio cuerpo (como es el caso de la aparición de las enfermedades autoinmunes). Según Reis (1980), la causa de la muerte es, en la mayoría de los casos, el resultado de diversas enfermedades que el organismo no es capaz de sobrellevar debido a la disminución de sus defensas. Este enfoque sugiere una relación entre el envejecimiento y la enfermedad (Henrard, 1997; Lellouch, 1992; Rogado, 1986; Reis, 1980).

Las teorías estocásticas, a su vez, conciben el envejecimiento como el resultado de la acumulación azarosa de lesiones de las moléculas que, a su vez, provocan el deterioro del cuerpo. El resultado es la pérdida progresiva de la funcionalidad física:

- (a) Teoría de la Restricción Calórica: esta teoría sostiene que el envejecimiento se relaciona con la cantidad de calorías ingeridas por los individuos. Sostienen que el metabolismo del organismo y la duración de la vida podrían modificarse por una reducción en la ingesta de calorías. Hasta ahora, esta teoría sólo ha sido demostrada parcialmente en los seres humanos.
- (b) Teoría de la Mutación Somática: el envejecimiento parece ser el resultado de mutaciones genéticas causadas por la radiación ionizante subletal, que afecta a la síntesis y la funcionalidad de las proteínas. La modificación de las proteínas que controlan el ciclo celular lleva a una disminución en la capacidad de reparación de lesiones en el ADN, dando origen al envejecimiento físico.
- (c) Teoría de la Reparación del ADN: esta teoría sostiene que el envejecimiento se caracterizaría por los resultados de la inhibición de los mecanismos de reparación del daño y aumento de la susceptibilidad de las células cancerosas para desarrollarse.
- (d) Teoría de la Ruptura: según esta teoría, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de proteínas modificadas que se derivan de la ruptura de las conexiones de las macromoléculas como el ADN, colágeno y elastina. Con el

avance de la edad, esta acumulación puede dar lugar a discapacidad funcional de las células normales y a la disminución de los procesos fisiológicos.

- (e) Teoría de Glicosilación: el envejecimiento incrementa los niveles de glucosa en la sangre y los tejidos, lo que lleva a la modificación de las proteínas y a la formación gradual de enlaces cruzados en el colágeno. De esta manera, se producirá deterioro estructural y funcional de los tejidos.
- (f) Teoría del Estrés Oxidativo: esta teoría aboga por el proceso de envejecimiento como resultado de la acumulación de lesiones moleculares de los componentes celulares, causado por los radicales libres. Las moléculas existentes en las células reaccionan con las moléculas de oxígeno, dando lugar a sustancias químicas altamente reactivas, es decir, a radicales libres. Éstos, además de formar pigmentos, también producen enlaces cruzados en forma de moléculas que pueden dañar el ADN.

Además de los cambios fisiológicos, el envejecimiento se acompaña de alteraciones de índole psicológico y/o social, que pueden ser mejoradas o reducidas dependiendo del contexto en el que los individuos se encuentren (Martins & Valente, 2004; Sequeira & Silva, 2002).

B. Teorías del Envejecimiento Social

En el plano social las alteraciones afectan, también, de manera profunda. Las personas de la tercera edad asisten a la modificación de sus roles sociales dentro del seno de la familia (por ejemplo, viudedad), en el trabajo (jubilación), en las ocupaciones de ocio (por posible deterioro físico), así como en las relaciones sociales y en los hábitos de vida. Estos cambios requieren una adaptación a las nuevas condiciones de vida y pueden comprometer la vida activa de los individuos (Figueiredo, 2007). De hecho, el envejecimiento corresponde a una transformación social que puede afectar al prestigio

de la persona, o incluso eliminarlo (Lima & Viegas, 1988).

Las teorías sociales sirven para organizar, en algunos casos, las teorías antropológicas, las del curso de la vida social y las teorías del envejecimiento. Si examinamos la cuestión de la organización de Lynott & Lynott (1996), podemos concluir que (1) el período hasta el final de la década de 1970 se caracteriza por una marcada unidimensionalidad, en que se considera la influencia única de factores personales y (2) un período multidimensional entre el final del decenio de 1970 y comienzos de la década de 1980 (véase tabla 3).

Tabla3 .Teorías del Envejecimiento Social. (Adaptado de Lynott & Lynott, 1996).

Teorías y autores agujero	
Primer Período (hasta finales de 1970)	<ul style="list-style-type: none">- Teoría de la Ruptura (Cumming y Henry, 1961)- Teoría de la Subcultura (Rose, 1965)- Teoría de la Modernización (Cowgill & Holmes, 1972)- Teoría del Intercambio (Dowd, 1975)- Teoría de la Continuidad (Atchley, 1971)- Teoría de Desempeño de Roles (Cottrell, 1980)- Teoría de la Estratificación de la edad (Riley, Johnson & Foner, 1972)
Segundo Período (hasta el comienzo de la década de 1980)	<ul style="list-style-type: none">- Teoría Político-Económica del Envejecimiento (Carroll, 1972)

A continuación, se describen las restantes teorías sociales:

- (a) Teoría de la Subcultura, de Rose (1965). Esta teoría considera el envejecimiento como un proceso que implica un conflicto. Se argumenta que los ancianos tienen que competir con las nuevas generaciones por los recursos y los beneficios sociales. Esta teoría ha sido criticada por el riesgo de

promover la discriminación por parte de las generaciones más jóvenes hacia los más mayores.

- (b) Teoría de la Modernización, desarrollada por Donald Cowgill y Lowell Holmes (1972). Esta teoría aboga por la influencia de la modernización social en el estado y las funciones sociales de las personas de edad avanzada.
- (c) Teoría del Intercambio de James Dowd (1975). Esta teoría se basa en el balance entre los beneficios y las pérdidas de dos generaciones, los más jóvenes y los ancianos.
- (d) Teoría de la Continuidad, desarrollada por Robert Atchley (1971), que sostiene que las personas tienden a permanecer constantes en su comportamiento a medida que se desarrollan y envejecen.
- (e) Teoría del Desempeño de los Cargos, de Leonard Cottrell (1942), que afirma que las personas decrecen en su potencia y fortaleza durante todo el proceso de envejecimiento. Estas pérdidas pueden conducir, según el autor, a la pérdida de la identidad y de la autoestima.
- (f) Teoría de la Estratificación de la Edad, desarrollada por Matilda Riley, Marilyn Johnson y Anne Foner (1972), que plantean la variable la edad como un factor clave en el comportamiento del individuo dentro de la estructura de la sociedad.
- (g) Teoría Político-Económica del Envejecimiento: teoría desarrollada sobre la segunda parte de las teorías sociales, descrita por Carroll en 1972. Esta teoría sostiene que el poder y la economía son dos factores fundamentales en la estructura y las alternativas de la vida de las personas. El autor considera que el acceso a los recursos depende de su condición social y económica, por lo que las personas con menos poder social se encuentran en una situación de desigualdad, con peores condiciones para mantener su desarrollo en el envejecimiento.

Las alteraciones que aparecen a causa del envejecimiento facilitan una connotación negativa del envejecimiento. Éste se considera, erróneamente, sólo por las pérdidas y limitaciones. Muchas de las características atribuidas al proceso de envejecimiento pueden dar lugar a los prejuicios o incluso al estereotipo social (Neto, 1992, 1999; Oliveira, 2005). Sin embargo, en la actualidad, el punto de vista negativo hacia el envejecimiento parece haber dejado paso a una vertiente inminente más positiva de este proceso y, en mayor medida, empieza a entenderse el envejecimiento como una fase de la vida de nuevos descubrimientos y nuevas metas. Por lo tanto, el proceso de envejecimiento se caracteriza por pérdidas pero también por ganancias (Baltes, Reese, y Lipsitt, 1980; Birren & Schaie, 1997; Fonseca & Paúl, 1999; Green, 2000; Lima, 2004; Simões, 2006). Según Saiz Ruiz (2001), el envejecimiento es un proceso evolutivo natural, resultado de las interacciones entre factores hereditarios. Por lo tanto, este "equipaje" conduce a la senescencia biológica como fenómeno natural, no patológico, que evoluciona de forma progresiva desde el momento en que los individuos nacen (Saiz Ruiz, 2001; Henrard, 1997; Rogado, 1986). La persona de edad avanzada no puede y no debe ser vista como una persona despersonalizada sino, más bien, como alguien con características singulares, con conocimiento y sabiduría (Moniz, 2003).

Según Pocinho, Pais, Santos, Nunes y Santos (2013), la manera en que resolvemos los distintos problemas de la vida, cómo superamos y nos adaptamos a las distintas fases del ciclo de vida, nuestro bagaje genético y social, nuestras historias de vida, entre muchas otras variables, influyen en gran medida en cómo nos desarrollaremos durante el proceso de envejecimiento. En otras palabras, en cómo nos habremos adaptado a la edad avanzada.

C. Teorías Psicológicas del Envejecimiento

Estos cambios se refieren a la capacidad de algunos aspectos psicológicos de la persona para adaptarse a la transformación del ambiente. Esto se refiere a la inteligencia, el aprendizaje, las emociones y los sentimientos que permiten el ajuste del control del comportamiento como, por ejemplo, la dificultad de adaptarse a los nuevos roles sociales, la falta de motivación, la dificultad en la planificación para el futuro, la necesidad de trabajar las pérdidas orgánicas, afectivas y sociales, la dificultad de

adaptarse a los rápidos cambios del entorno o a la baja autoestima (Zimmerman, 2000). Todo esto pone de relieve que los cambios psicológicos, así como los biológicos, no son homogéneos. Los cambios psicológicos derivados del envejecimiento dependerán de factores como la herencia y la historia de vida de cada individuo (Berger, 1995). Según Zimmerman (2000), los individuos más sanos y más optimistas pueden adaptarse más fácilmente a las alteraciones que se producen como consecuencia del envejecimiento. Estas personas son más propensas a considerar el proceso de envejecimiento como una fase caracterizada por la experiencia acumulada, con madurez, libertad para asumir las nuevas ocupaciones e incluso para la liberación de ciertas responsabilidades. Este ajuste positivo es también defendido por Pollock (1980). Estos autores sostienen que este ajuste a las pérdidas depende de las características de los individuos, siendo más frecuente en los individuos con una imagen positiva de sí mismos y que se identifican con su edad, que son activos, participando en actividades de naturaleza variada y que son optimistas respecto al futuro. El envejecimiento no siempre tiene como resultado una pérdida, sino que también, durante el mismo, pueden producirse ganancias, como es el caso de la inteligencia y la capacidad de saber que es posible continuar realizando progresos (Pimentel, 2005). Con respecto al aprendizaje, Atchely (2000, citado en Simões, 2006) menciona que el rendimiento puede disminuir con la edad, pero este decremento no es importante hasta después de los 70 años de edad. Las facultades intelectuales más afectadas por el envejecimiento parecen ser la capacidad de dar respuestas rápidas a las nuevas situaciones, la adquisición de nuevos conceptos y la aplicación de los conceptos existentes, la capacidad para organizar la información y concentrarse, el razonamiento abstracto y las capacidades psicomotoras. Salthouse (1991), a su vez, refuerza el concepto de que las capacidades menos afectadas por el envejecimiento son la dimensión práctica de la resolución de los problemas, la capacidad para interpretar información verbal, la ejecución de tareas conocidas y el empleo de los conocimientos acumulados. Pero, si nos referimos a las capacidades cognitivas, no podemos olvidar varios factores, además del criterio de la edad: (a) las expectativas sociales; (b) la salud; (c) la educación; y d) la actividad intelectual de la persona. Una vez más, observamos que, al igual que en todas las áreas del envejecimiento, el buen rendimiento intelectual dependerá de varios factores. Los cambios psicológicos son una consecuencia, también, del envejecimiento biológico. Las

personas mayores prefieren actividades que no requieren un gran esfuerzo físico, y la motivación puede disminuir en actividades que perciben con una mayor dificultad en la adaptación a los nuevos roles sociales. La sintomatología depresiva, clínica o subclínica, y la baja autoestima son algunas de las características presentes en muchas muestras de personas mayores.

Incluso en el contexto de cambios psicológicos, se defiende la existencia de tres paradigmas que son la base de la multiplicidad de teorías psicológicas del proceso de envejecimiento: (1) el paradigma del cambio, que asume una tendencia al crecimiento, la estabilidad y la disminución (desarrollo de los acontecimientos de naturaleza ontogenética); (2) el paradigma contextualista, donde el envejecimiento es el resultado de una influencia mutua entre los sujetos y la sociedad; y (3) el paradigma de vida (desarrollo a lo largo de la vida), en el que el sujeto y el medio ambiente son dos agentes activos y en constante cambio (Neri, 2002, citado en Santos, Pocinho, Ferreira, Santos y Pais (2013). Rossell, Herrera y Rico (2004) defienden dos modelos psicológicos para explicar la edad adulta y el envejecimiento: (a) el modelo de crisis normativa y (b) el modelo de programación de los actos. El primero se describe a través de la elaboración de una cadena universal de cambios a lo largo de varios estadios, siendo que cada etapa presenta una tarea que debe llevarse a cabo. Este modelo se basa en las aportaciones de autores como Erikson (1998), Havighurst (1948) y Vaillant (1977). El modelo de programación de los eventos estipula el desarrollo evolutivo como resultado causado por acontecimientos y experiencias cruciales en la vida de cada individuo (por ejemplo, jubilación, matrimonio y viudedad, entre otros).

Smelser y Baltes (2001) defienden la teoría de la selección, en la que todos los individuos presentan pérdidas y ganancias psicológicas en cada etapa de sus vidas. Sostienen, además, que en la última fase de la vida del individuo se continúa ese desarrollo, definiendo por tanto a la persona en constante desarrollo. Hay varios autores y teorías que tratan de justificar los cambios durante el paso del tiempo. Sin embargo, nos encontramos frente a una gran diversidad de teorías en las que los autores muestran consenso en algunos aspectos y desacuerdo en otros. Por ejemplo, hay autores que se centran en las personas de edad; otros, tratan de comparar el comportamiento de los diferentes grupos de edad, mientras que otros analizan los distintos patrones de comportamiento subyacentes (Schroots, 1996).

A continuación (véase Tabla 4), se presentan las teorías psicológicas del envejecimiento más relevantes agrupadas por Schroots (1996) y por Fernández-Ballesteros (2000). Éstas estipulan tres grandes períodos: a) Período Clásico (1940-1970); b) Período Moderno (1970-1990); y (c) Nuevo Período (1980-1990).

Tabla 4. Teorías psicológicas del envejecimiento (adaptado de Fernández-Ballesteros, 2000; Schroots, 1996).

Teorías y sus autores	
Período Clásico (1940-1970)	<ul style="list-style-type: none"> - Teoría de la Actividad (Havighurst, 1948) - Teoría del Desarrollo Psicosocial de la Personalidad (Erikson, 1998) - Teoría de la Réplica (<i>contrapartida</i>) (Birren, 1960) - Teoría de la Ruptura (Cumming y Henry, 1961) - Teoría de la Personalidad de la Edad y el Envejecimiento (Neugarten 1968). - Teoría Cognitiva de la Personalidad y el Envejecimiento (Thomae, 1970)
Período Moderno (1970-1990)	<ul style="list-style-type: none"> - Metateoría del Desarrollo Co-Extensivo y la Duración de la Vida (Baltes et al., 1980, 1987) - Teoría de la Reducción de los Recursos de Procesamiento (Salthouse, 1991) - Teoría de la Personalidad y el Envejecimiento (Erikson, 1998; Costa & McCrae, 1980, 1989, 1994; Levinson, 1978). - Teoría de la Genética del Comportamiento (Plomin, Pedersen, Lichtenstein, & McClearn, 1994).
Período Nuevo (1980-1990)	<ul style="list-style-type: none"> - Teoría de Gerotranscendencia (Tornstam, 1989, 1992, 1994) - Teoría de Gerodinámica/Teoría de bifurcación (Schroots, 1995; 1996)

A continuación se describen las teorías desarrolladas en el Período Clásico (1940-1970).

- (a) Teoría de la Actividad, de Robert Havighurst (1948). Se considera que la actividad es la base de un envejecimiento saludable; de este modo, las personas que viven más años y realizan tareas y actividades sociales son los que viven estos años como más felices. El autor sostiene que cada una de las fases del ciclo de vida tiene sus propias tareas de desarrollo (biológico, psicológico y cultural) y que el individuo debe superar cada una de ellas con

éxito. Además, el autor defiende la flexibilidad de los roles, es decir, los individuos deben experimentar múltiples y diferentes papeles sociales durante toda su vida. Más tarde, en 1970, George Madox defendió que las personas no son iguales, por lo que sus necesidades son también diferentes, argumentando que las personas que se adaptan mejor al proceso de envejecimiento son las que aún están activas en su vida social (Madox, 1970).

(b) Teoría Psicosocial del Desarrollo de la Personalidad, de Erik Erikson (1998).

Sostiene que el desarrollo humano es el resultado de la interacción de factores individuales y culturales. Este desarrollo se lleva a cabo a lo largo de ocho etapas que representan los momentos críticos en el desarrollo humano: (1) pequeña infancia (hasta 12/18 meses de edad); (2) la primera infancia (12/18 meses hasta los 3 años); (3) la edad del juego (3-6 años); (4) la edad escolar (6-12 años); (5) la adolescencia (12-18 años); (6) los jóvenes adultos (18-35 años); (7) madurez (35-65 años); y (8) la tercera edad (después de los 65 años de edad). En cada una de estas etapas hay un conflicto normativo. La resolución adecuada, o no, de este conflicto contribuirá a la formación de su identidad.

(c) Teoría de la Réplica (*Counterpart*), de James Birren (1960). Aparece como

una teoría ecológica y global. De acuerdo con esta teoría, el envejecimiento se considera como la transformación de aspectos biológicos y del funcionamiento físico. Esto se manifiesta de la misma manera que el contexto ecológico. El autor defiende la existencia de las estructuras latentes de la conducta del individuo que existen desde la infancia (por ejemplo, las emociones, cogniciones, motivaciones, etc.) y que están presentes en todas las etapas de la vida. Se considera que el envejecimiento no es fruto de la casualidad, sino que es una combinación de la programación genética y de cómo las personas se desarrollan desde las primeras etapas de la vida. Además, el autor otorga gran importancia a los factores culturales, las creencias y los valores que, junto con la acumulación de experiencias, influyen en el proceso de envejecimiento.

- (d) Teoría de la Ruptura, de Elaine Cumming y William Henry (1961). Los autores consideran que las personas dejan de ejercer algunas funciones sociales a medida que envejecen, y de ahí el título de la teoría. Sostienen que este proceso de "separación" varía de intensidad en los individuos y del momento en que se producen las rupturas.
- (e) Teoría de la Personalidad, de la Edad y del Envejecimiento, de Elaine Cumming y William Henry (1968). Desde esta teoría, se considera que no existen aspectos normativos más allá de los acontecimientos de la vida y de los comportamientos, hábitos, valores y objetivos. Los eventos ocurridos en la vida tendrían un impacto en la identidad de la persona, que está constantemente cambiando. Por lo tanto, el proceso de envejecimiento está determinado por el tipo de personalidad, siendo único y específico para cada individuo.
- (f) Teoría Cognitiva de la Personalidad y del Envejecimiento, de Hans Thomae (1970), en la que se afirma que el proceso de envejecimiento se integra según las perspectivas biológica, social e interaccionista. La adaptación es el resultado del equilibrio de los sistemas motivacionales y cognitivos. El autor da importancia a las expectativas y a las preocupaciones de los individuos.

Se describen a continuación las teorías desarrolladas en la última parte del siglo XX (1970-1990):

- (a) El Paradigma o Enfoque del Ciclo Vital (*LifeSpan Theory*), de Baltes (1987), concibe el proceso de envejecimiento como social, psicológico y biológico. El autor considera que el desarrollo y el envejecimiento son sinónimos de los cambios de conducta en la vida de los sujetos. La importancia de los factores históricos de cada generación da forma a las experiencias de las personas mayores. Además, el autor aboga por siete propuestas dentro del proceso de envejecimiento en una dimensión psicológica: (1) existen grandes diferencias entre el envejecimiento normal y el patológico, así como respecto del

envejecimiento exitoso; (2) existe una variabilidad interindividual en la forma en que se envejece; (3) hay pérdidas en la reserva de capacidad o de plasticidad; (4) existe una reserva, capacidad latente o plasticidad en la vejez; (5) la inteligencia cristalizada compensa el descenso de la inteligencia fluida; (6) en el transcurso de los años hay un mayor predominio de las pérdidas; (7) la capacidad de recuperación emplea estrategias para el mantenimiento de su integridad. En consecuencia, Baltes defiende un modelo de selección, optimización y compensación que posibilita el equilibrio entre las pérdidas y ganancias en el proceso de adaptación durante el envejecimiento.

(b) Teoría de la Reducción de los Recursos de Procesamiento, de Timothy Salthouse (1991). Esta teoría sostiene que los recursos de procesamiento cognitivo se incrementan hasta que el individuo alcanza su madurez y, posteriormente, disminuyen a lo largo de la edad adulta. Esta teoría se centra en las capacidades y deterioros cognitivos como resultado del proceso de desarrollo y el envejecimiento.

(c) Teoría de la Personalidad y el Envejecimiento. Desde esta teoría se sostienen dos modelos diferentes que se ocupan de la estabilidad y los cambios de la personalidad a lo largo de toda la vida. El primer modelo, el de *Cinco Factores*, desarrollado por Paul Robert McCrae y Costa, en el año 1970, sostiene que los rasgos de la personalidad tienden a permanecer estables a lo largo de todo el proceso de desarrollo y envejecimiento humanos. El segundo modelo, defendido por Erik Erikson y Daniel Levinson, sostiene la existencia de etapas de desarrollo. Erikson ya había elaborado la Teoría Psicosocial del desarrollo de la personalidad, que mencionamos con anterioridad. Levinson, en 1978, desarrolló una teoría del desarrollo del adulto estructurada en una serie de etapas llamadas eras o estaciones (*seasons*). En la citada teoría, el autor argumenta que las personas tienen que hacer frente a varios aspectos del desarrollo en tareas psicosociales, fundamentalmente en tres etapas, que comienzan al final de la adolescencia (entre los 17 años y los 22 años) y continúan en (1) los adultos jóvenes (entre los 17/22 años y los 45 años); (2)

los de mediana edad (40 - 65 años); (3) y la tercera edad (después de los 60 años). Los períodos de transición son momentos de crisis y las oportunidades se plantean como puntos de inflexión cruciales para el desarrollo de las personas.

- (d) Teoría de la Genética del Comportamiento, de Plomin, et al., (1994). Esta teoría enfatiza la importancia de la genética y los efectos ambientales sobre las diferencias psicológicas del envejecimiento de la población. Defiende la existencia de un equilibrio entre la genética y el medio ambiente, ya que ambos tienen influencia en el proceso de envejecimiento.

A continuación se describen las teorías desarrolladas en el Nuevo Período (1980-1990):

- (a) Teoría de la Gerotranscendencia, desarrollada por Lars Tornstam (1989), que plantea que la satisfacción con la vida es posible, si los individuos se centran en una escala más trascendente, a un nivel cósmico. Se defiende, en este caso, la aceptación del misterio de la vida. El autor sostiene que las personas mayores pueden establecer una relación distinta con el universo, incrementar la comprensión de cuestiones existenciales y generar nuevas formas y estrategias para entender el tiempo, el espacio, la vida y la muerte.
- (b) Gerodinámica/Teoría de la Ramificación, de Johannes Schroots (1995). Esta teoría sostiene que el envejecimiento posee una perspectiva en paralelo con las teorías generales y la teoría del caos. El funcionamiento humano es dinámico y busca oportunidades de transformarse. En esta situación emergen tres patrones diferentes: mortalidad, morbilidad y calidad de vida.

1.3. Los mitos y estereotipos sobre el envejecimiento

La ignorancia sobre el proceso de envejecimiento puede llevar a falsas creencias que, eventualmente, se asocian a la enfermedad, al aburrimiento, al egoísmo, a la

dependencia o a la pérdida de estatus social. Estas ideas preconcebidas pueden tener como origen el fenómeno del aislamiento social de las personas mayores, que podría conducir hacia un mayor envejecimiento patológico. La sociedad discrimina y estereotipa con frecuencia a esta población. Estas ideas son particularmente negativas y tienen también un fuerte impacto en cómo las propias personas de edad avanzada entienden el envejecimiento y cómo experimentan el suyo propio. Pimentel (2001) sostiene que las imágenes en negativo son mitos construidos socialmente y restan importancia a la condición social de la persona de edad avanzada. Esta visión negativa influye en la vida cotidiana de las personas mayores (Butler, 1969; Fernandes, 2000; Greenberg, Shimel & Martens, 2002; Lima, 2004; Nazaret, 2009).

El mito es una visión implícita e inconsciente, compleja y multidimensional, que incluye interpretaciones erróneas y representaciones simbólicas. En este caso, no sólo está asociado a una interpretación negativa y discriminatoria con respecto a los procesos de envejecimiento, sino que estos mitos, en sí mismos, tienen esencialmente un carácter discriminatorio y negativo, siendo designados como *edadismo*. El término *edadismo* representa esta actitud y opinión negativa en relación a las personas de edad avanzada. El concepto tiene su origen en la I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982, siendo Butler (Jacob, 2007a; 2007b) el autor del concepto. En 1978, Butler describe el edadismo según tres aspectos que están relacionados entre sí (Wilkinson & Ferraro, 2002): (a) las actitudes prejuiciosas sobre las personas de la tercera edad, la vejez y el proceso de envejecimiento; (b) las prácticas discriminatorias respecto a las personas de edad y (c) las políticas y las prácticas institucionales que perpetúan los estereotipos acerca de las personas mayores, lo que interfiere con la satisfacción con la vida y socava el sentido de la dignidad. En estos tres aspectos se destaca una asignación negativa frente a esta población (Levy & Banaji, 2002; Perdue & Gurtman, 1990).

Berger (1995) define los estereotipos como *una percepción automática, no adaptada a la situación, que se reproduce sin variantes, según un estándar bien establecido y que puede ser positivo o negativo*. En este sentido, Mauritti (2004) defiende la existencia de dos tipos de representaciones sobre el proceso de envejecimiento: (a) un enfoque negativo, que considera que el envejecimiento se asocia con la pobreza, el aislamiento social, la soledad, la enfermedad y la dependencia, y en el

que los individuos que no tienen intereses; y (b) un enfoque positivo, donde factores como la libertad, la estabilidad económica, la disponibilidad para las tareas y actividades de ocio y la sabiduría están presentes.

Los mitos y estereotipos frente a la tercera edad son, realmente, muchos y se manifiestan expresamente en frases hechas y refranes. Estos mitos y estereotipos se encuentran asociados a los distintos aspectos de la vida de la persona de edad: (a) la cronología; b) la productividad; (c) la senilidad; (d) la falta de interés y el deseo sexual; (e) la falta de serenidad; (f) el deterioro de la inteligencia; (g) la desvinculación del futuro; (h) el aislamiento y la alienación y (i) la futilidad de la vida.

Estos mitos y estereotipos se encuentran íntimamente vinculados a connotaciones populares que forman parte del sentido común, como *nadie quiere ser viejo y moribundo*, o *burro viejo no aprende idiomas* o incluso *los viejos son los trapos* (Fernandes, 2000; Simões, 1982, 1990, 2002). Las ideas preconcebidas no son ni definen o caracterizan la tercera edad. La última etapa de la vida de las personas es tan rica y tan heterogénea como las otras fases ya vividas.

Con respecto a la salud de las personas de edad avanzada, aquélla se asocia, por error, a la existencia de enfermedad, casi como si fueran sinónimos. La senilidad asociada automáticamente a la vejez no es coherente con el hecho de que muchas personas mayores tienen una salud fuerte o con algunas disminuciones que son parte de su propio proceso natural de envejecimiento. Incluso muchos casos de personas mayores con una edad avanzada reflejan gran vitalidad, alegría por vivir y energía contagiosa. El envejecimiento, como proceso natural que es, no tiene necesariamente que reflejar la existencia de enfermedad. Existen afectaciones en la salud que son inherentes al envejecimiento, como sucede en otras etapas de la vida, pero la existencia de enfermedad no es lineal tampoco en este grupo de edad. Simões (1990) postula, además, la existencia de un grupo mayoritario de ancianos sanos. Otra idea preconcebida, para la salud de la persona de edad avanzada, es la existencia de delirium, demencia y sintomatología depresiva. Un estudio realizado por Qualls (1990, citado en Simões, 2006) indica que el delirio tiene una prevalencia de entre el 0,40% y el 1,1% en los individuos mayores de 55 años de edad. Las demencias, a su vez, parecen afectar entre un 6% y un 8% de las personas mayores de 65 años de edad. El autor señala también que, a los 85 años de edad, la prevalencia de la demencia es aproximadamente

del 30%. El estudio de Berlín (*The Berlin Aging Study*) revelaba que los síntomas depresivos tienen una prevalencia del 9% en la muestra de este estudio. Además, hay una relación significativa con la edad (Helmchen, 1990). Dado que durante el envejecimiento pueden aparecer distintas situaciones difíciles o de gran estrés, las personas de edad avanzada aparecen adoptar actitudes de mayor madurez cuando se enfrentan a adversidades de la vida, sirviendo como un factor protector frente a la sintomatología depresiva (Baltes & Baltes, 1990; Birren & Schaie, 1996; Williamson, 2002).

The Seattle Longitudinal Study es uno de los estudios más importantes y con una mayor contribución para la comprensión de la evolución intelectual del adulto. Esta investigación examinó el desarrollo de las personas mayores hasta la cuarta década de la vida; en ella se encontró una tendencia de desarrollo sostenido, seguido por un período de estabilidad. El decaimiento comenzó después de los 60 años de edad, pero la existencia de este descenso, y su propio proceso, siempre depende de varios factores.

En cuanto a la improductividad, muchas personas de la tercera edad muestran tener la capacidad de seguir haciendo grandes obras, y muchos de ellos ejercen profesiones liberales. La tercera edad no puede ser considerada como el estancamiento de la capacidad. Las personas de edad avanzada siguen poseyendo potencial de desarrollo y, a menudo, se encuentran, en la tercera edad, nuevos talentos, nuevos intereses y otras habilidades.

Relacionados con la productividad y la capacidad, se asocia el mito que las personas mayores pierden sus capacidades intelectuales. La inteligencia, efectivamente, si se mide globalmente, sufre un leve descenso, una disminución que se debe principalmente a la reducción de la velocidad de procesamiento, pero la inteligencia cristalizada permanece intacta. La sabiduría es algo que sólo puede ser adquirido con pleno conocimiento de los hechos y a través de la experiencia.

Con respecto a la sexualidad, aparece otro de los grandes mitos. Las personas mayores mantienen su sexualidad, adaptada a sus condiciones y experiencias. Oliveira (2008) subraya que la sexualidad no se limita al acto sexual en sí, es mucho más. Se refiere a cómo el hombre y la mujer actúan, se relacionan, hablan, caminan, se visten, y a sus estilos de vida y sus patrones de pensamiento. Hasta la década de 1960, los estudios sobre la sexualidad en la vejez eran inexistentes (Simões, 1990), pero esto no

significa que no exista la sexualidad en la tercera edad. Por el contrario, las personas de la tercera edad, como en otras etapas de la vida, están interesadas en su vida sexual y pueden mantenerse activos sexualmente (Simões, 1990).

Podemos encontrar personas de la tercera edad con problemas y conflictos pero, también, personas con un estado de serenidad y bienestar elevado. Uno de los mitos relacionados con el envejecimiento es que las personas mayores observan el advenimiento de la muerte (Simões, 2002). Pero la desvinculación respecto del futuro no se produce siempre; de hecho, muchas personas de edad avanzada siguen interesadas en el proceso de aprendizaje y en los nuevos conocimientos. Éste es el caso de nuestros ancianos que utilizan el ordenador como una forma de comunicación, como búsqueda de conocimiento y como una fuente de descubrimiento. Así mismo, muchos de nuestros mayores prefieren las actividades que involucran la convivencia y socialización y no la desvinculación (Hayslip & Panek, 2002, citado en Simões, 2002).

En relación con el anterior, otro mito muy presente en nuestra sociedad es el de que las personas de la tercera edad tienen miedo a morir (Simões, 1990). Los pensamientos y sensaciones “como si se avecinara la muerte” y la falta de preparación psicológica y mental para este proceso, que es tan natural como el nacimiento, hacen que se genere ansiedad en la respuesta a este fenómeno. La negación de la muerte es, de hecho, miedo a la idea de morir (Simões, 1990), pero no se puede confundir con el deseo de estar vivo, que es adaptativo y sano. Se puede afirmar que esta ansiedad aumenta con el avance de la edad. Según Simões (1990), las personas de mediana edad que más temen morir suelen tener más responsabilidades. También son la *generación sandwich*, dado que se encuentran en medio de dos generaciones: los hijos, que aún no son independientes, y sus propios padres, que ya necesitan atención. Las personas mayores, los que han llegado hasta esta etapa de la vida, están más familiarizados con la muerte que cualquier otro grupo de edad (Simões, 1990).

Un estudio llevado a cabo en la Université de Montreal por Champagne y Frennet (citado en Dinis, 1997), ha permitido comprobar catorce de los estereotipos más frecuentes en las personas mayores: (a) las personas de edad avanzada no son sociables; (b) no les gusta divertirse ni reírse; (c) tienen miedo al futuro; (d) no le gusta jugar a las cartas ni a otros juegos; (e) le gusta hablar y contar sus recuerdos; (f) necesitan apoyo como los niños; (g) son personas enfermas que toman demasiados medicamentos; h)

realizan razonamientos seniles; (i) no se preocupan de su apariencia; j) son muy religiosos y practicantes; (k) son muy sensibles e inseguros; (l) no se interesan en lo concerniente a la sexualidad; (m) son frágiles; y (n) son, en su gran mayoría, pobres. Estos resultados nos presentan los estereotipos que se vinculan, en su mayoría, con determinados rasgos de personalidad y algunos factores socio-económicos y características que no necesariamente están presentes en el proceso de envejecimiento.

Por lo tanto, es fundamental deconstruir estos mitos, estas ideas preconcebidas, para que el envejecimiento se entienda como una fase natural de la vida, con pérdidas, pero también con beneficios. Recordemos que las personas mayores son un grupo heterogéneo, que cada persona es individual, singular y que, por lo tanto, también el proceso de envejecimiento es individual. Es necesario que exista un cambio de actitud con respecto a la manera en que la sociedad considera el envejecimiento de la población. Según Fernandes (2000), la valoración social del envejecimiento, considerando a las personas mayores como incapaces, enfermos inválidos, afecta a los propios ancianos y, además, es falsa. Por el contrario, se requiere que esta población pueda adaptarse positivamente a esta fase del ciclo vital, es decir, que la sociedad debe posibilitar y fomentar que puedan descubrir nuevos objetivos, nuevas formas de actividades de ocio, mantener o incrementar su red social y su propia valoración personal.

Capítulo 2. Cómo añadir vida a los años

2.1. Envejecimiento exitoso

Como se mencionó anteriormente, el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser un proceso continuo, irreversible y progresivo (Motta et al., 2005; Vaz Serra, 2006). Se trata de un proceso que no sólo está influido por componentes genéticos y biológicos, sino también por factores exógenos (Pratt & Norris, 1995). Por esta razón, existen varios factores que pueden generar un envejecimiento saludable o patológico (Baltes, Reese, & Lipsitt, 1980; Birren & Schaie, 1996; Fonseca & Paul, 1999; Green,

2000; Lima, 2004; Simões, 2006). El envejecimiento se puede plantear de diferentes maneras. Mientras que algunos ven este fenómeno como un período de vulnerabilidad y dependencia, hay quienes consideran que, a medida que nos hacemos mayores, aumentan la sabiduría y la serenidad (Pocinho, Pais, Santos, Nunes & Santos, 2013). Los problemas sociales, la adicción al tabaco, la existencia de enfermedades, la exposición a estímulos ambientales negativos, una red social limitada y frágil, los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo, entre muchos otros factores, pueden resultar en una pérdida gradual de la capacidad de adaptación por parte de la persona en todo su desarrollo durante el envejecimiento. Por el contrario, una vida con experiencias positivas y obstáculos superados de forma apropiada, la continuidad en las actividades, el mantenimiento del ejercicio físico, el entusiasmo y la dedicación en las tareas, la búsqueda de nuevos intereses y objetivos, la participación activa en la vida personal y social, etc., son ejemplos de factores de protección que permiten, en mayor medida, el envejecimiento positivo. Todos estos aspectos están relacionados con cómo las personas mayores ven su propio proceso de envejecimiento. El proceso de envejecimiento no es homogéneo ni lineal, todos estos factores tienen un impacto diferencial en la población (Fonseca, 2005; Fontaine, 2000; Sequeira, 2007; Steverink, Lindenberg & Ormel, 1998, citado en Fonseca, 2005).

Según Fonseca (2005), el envejecimiento con éxito consiste en un mecanismo de adaptación a las condiciones específicas de la edad y el medio ambiente. Tres son los puntos cruciales: (a) determinar la importancia del proceso de envejecimiento con éxito; (b) determinar lo que cada individuo debe hacer para alcanzar ese objetivo; (c) plantear qué cambios son necesarios para asegurar que esto sea posible para todas las personas mayores.

Es cierto este envejecimiento con éxito que no depende únicamente de cómo vivió su vida cada persona y de cómo percibe este proceso (Rowe & Kahn, 1999, citado en Oliveira, 2008; Strawbridge, Wallhagen, & Cohen, 2002), aunque resulta evidente que un factor importante del éxito dependerá de aspectos individuales del envejecimiento de la persona.

2.1.1. Surgimiento y evolución del concepto de envejecimiento exitoso

El concepto de envejecimiento exitoso aparece en 1944, cuando la Asamblea Americana para la Investigación en Ciencias Sociales aplicó el término "éxito" al envejecimiento de la población. En ese momento, el término se aplicó con el objetivo de describir la existencia del envejecimiento sin pérdida de funciones, o con el mínimo de ellas. Según Scheidt, Humphreys y Yorgason (1999), se empezó a luchar contra un planteamiento eminentemente negativo, en particular contra la idea de que la dependencia, las enfermedades, la discapacidad y la depresión pertenecen a las personas mayores. Estas son las *4 D* asociadas con el envejecimiento (enfermedades como traducción de *disease* y discapacidad de *disability*).

Ante este enfoque negativo, una persona que desea vivir un envejecimiento exitoso tendría que ser un ejemplo en términos de salud física y psíquica, pues basta con que una persona sufra una enfermedad crónica, aunque no incapacitante, para que no pueda, según aquella definición, experimentar un envejecimiento exitoso.

En 1961, este concepto de envejecimiento exitoso empieza a ser redefinido por diversos autores y estudios. Havighurst, por ejemplo, consideró que el envejecimiento exitoso debe estar relacionado con añadir vida a los años, ya que muchas personas de edad viven su vejez con satisfacción. Algunos estudios de la MacArthur Foundation permiten agregar otras variables, tales como el rendimiento físico y la situación social (Fonseca, 2005). Butler, en 1985, sostenía que la edad también es un reflejo del envejecimiento productivo, dando importancia a la participación que las personas de edad desempeñan en su vida familiar y social. A pesar de estas contribuciones, el concepto de envejecimiento exitoso se ha convertido en objeto de profundo análisis. En diversas conferencias anuales de la Sociedad Americana de Gerontología, se han planteado varios estudios e investigaciones con el fin de conceptualizar el proceso de envejecimiento saludable y definir el envejecimiento exitoso:

- 1 Rowe y Khan (1987) sostienen que las personas de la tercera edad con envejecimiento exitoso deben contar con ciertas características fisiológicas y psicosociales. Los autores plantean, por lo tanto, la frontera entre el envejecimiento normal y envejecimiento exitoso.

- 2 Atchley (1989) postula la importancia de una continuidad interna para el envejecimiento con éxito. Para este autor, el envejecimiento exitoso depende de los procesos internos que permiten a las personas seguir una dirección determinada, y adaptarse, por tanto, a los cambios externos.
- 3 Garfein y Herzog (1995) plantearon la existencia de un envejecimiento competente, para el que las personas con envejecimiento exitoso tendrían que ofrecer un alto nivel de funcionamiento en múltiples dimensiones de su vida.
- 4 Gibson (1995) destaca la importancia de que las personas de edad avanzada alcancen un cierto potencial, que es individual, para el bienestar físico, psicológico o social.
- 5 Palmore (1999) sostiene que, en lo que se refiere al envejecimiento exitoso, debe existir una combinación de varios factores: la longevidad (nivel de supervivencia), la ausencia de incapacidad (estado de salud positivo) y la felicidad (satisfacción con la vida).
- 6 Levitan (1999) añade que, además de la necesidad de que la persona de edad avanzada pueda adaptarse a los cambios en el exterior, también la sociedad tiene que adaptarse a la persona mayor. De esta manera, el autor llama la atención a los problemas sociales y políticos como, por ejemplo, la no desvinculación del mercado de trabajo, la estimulación de las relaciones sociales y el reparto de responsabilidades, entre otros.

Recientemente, la literatura sobre el envejecimiento con éxito ha introducido nuevas cuestiones básicas y nuevas ideas que han posibilitado la aparición de otros factores, tales como los conceptos de resiliencia, fuerza mental, espiritualidad y salud emocional positiva (Crowther et al., 2002; Rakowski et al., 2003, citado en Ferrario et al., 2008). La salud emocional, además de la ausencia de enfermedad mental, también se refiere a la presencia de inteligencia emocional y a la capacidad que tienen los individuos para autorregular sus propias emociones. Con el término inteligencia

emocional nos referimos a la capacidad de identificar y expresar las emociones de manera constructiva. Este concepto se relaciona con el envejecimiento con éxito en la medida en que las personas mayores necesitan saber cómo hacer frente a las adversidades que irán surgiendo a lo largo de toda esta etapa.

Incluso, en la actualidad, la descripción de envejecimiento exitoso se relaciona con otros factores, como la duración de la vida biológica, la salud física, la salud mental, la eficiencia cognitiva, la productividad y la competencia social, la supervisión personal, la espiritualidad, el optimismo, el bienestar subjetivo, la participación y la satisfacción con la vida (Deep, Vahia, & Jeste, 2007; Duay & Bryan, 2006). A pesar de la existencia de múltiples modelos tridimensionales que combinan variables psicosociales y biológicas, hemos sido testigos, en la actualidad, del desarrollo de dos epígrafes principales: (a) los modelos biológicos, que tratan de identificar y definir lo que los estándares clínicos entienden como envejecimiento exitoso; y (b) los modelos cognitivos y psicosociales, que tratan de describir la adaptación de las personas mayores durante el proceso de envejecimiento.

2.1.2. Los modelos biológicos y los modelos cognoscitivos y psicosociales del envejecimiento exitoso

Los modelos biológicos enfatizan variables como el envejecimiento exitoso, la optimización de la esperanza de vida y la reducción de la morbilidad física, psicológica y social (Fries, 1993). Estos modelos tienen por objeto analizar cuál es el origen de la longevidad humana, considerando la importancia de la influencia de los factores genéticos y los criterios biológicos, tales como la ausencia de anticuerpos específicos, la baja concentración de citocinas proinflamatorias, los bajos niveles de masa corporal, el metabolismo acelerado, la alta función del sistema inmunológico y la alta función cognoscitiva (Antonini et al., 2008). A pesar de que los modelos biológicos se centran en los factores genéticos, no obvian la influencia de factores exógenos. Sin embargo, hay que considerar que las personas de la tercera edad con ciertas enfermedades crónicas, tales como enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o depresión, entre otros, no se incluyen en el grupo de personas con envejecimiento exitoso. Este tipo de

envejecimiento, según los modelos biológicos, precisaría de la prevención primaria (Bowling & Dieppe, 2005; Fries, 1993; Lupien & Wan, 2004; Strawbridge et al., 1996). Para Schaie (1970), el envejecimiento exitoso es visto como la optimización del funcionamiento cognitivo. Para Bandura (1991), éste es importante para entender cómo las personas de mayor edad sufren las pérdidas.

Por su parte, los modelos cognitivos y psicosociales tratan de examinar el envejecimiento exitoso a través de la calidad con la que el anciano es capaz de adaptarse a los cambios de la sociedad y a los propios (Featherman, Smith, & Peterson, 1993). Según Lupien y Wan (2004), estos modelos distinguen el envejecimiento normal del envejecimiento exitoso en cuanto a (a) el rendimiento normativo característico de su grupo de edad, atendiendo a la propia edad, nivel de educación y estatus socioeconómico; (b) el rendimiento cognitivo medio del grupo de la misma edad, es decir, surendimiento debe ser mayor que el de la media de las personas de su mismo grupo; y (c) el rendimiento medio de un grupo de individuos más jóvenes, es decir, la persona de edad avanzada que expresa un rendimiento cognitivo similar al de los sujetos más jóvenes. Estas fórmulas tienen diferentes resultados, ya que una persona puede presentar envejecimiento positivo en un contexto y, en otro contexto diferente, estar en un proceso de envejecimiento normal o patológico. En segundo lugar, estas fórmulas tienen algunas limitaciones: (a) los valores normativos pueden estar contaminados por otras variables y, de esta manera, no ser estrictos; (b) hay que valorar la influencia de la formación académica (si, por ejemplo, la escolarización se vincula al envejecimiento exitoso, entre otros factores); (c) cuando se realizan comparaciones entre los grupos de edad existe el peligro de crear un efecto de cohorte (por ejemplo, el número de mujeres es mayor en las generaciones de más edad); y (d) las personas de edad todavía tienen la posibilidad de aprender nuevos conocimientos y profundizar en los ya adquiridos, por lo tanto, el conocimiento no está estancado.

Los modelos psicosociales ponen el énfasis en las facultades de las personas de edad avanzada, la calidad de su interacción social, su bienestar subjetivo y su satisfacción con la vida. Las personas de la tercera edad que envejecen con una red social amplia, con un mayor apoyo y una mayor integración social, suelen presentar una salud física y mental más positiva (Lupien & Wan, 2004). El bienestar subjetivo se encuentra muy relacionado con el envejecimiento exitoso, una vez más, con actitudes

positivas y con la satisfacción de las necesidades de auto-comprensión y de ayuda a los demás (Fisher, 1992).

2.1.3. Los modelos múltiples de envejecimiento exitoso

Los modelos tridimensionales tienen en cuenta los aspectos no sólo biológicos sino también psicosociales, para plantear la ecuación final de lo que es *buen envejecimiento*. Para ello se plantean varios factores, tanto de variabilidad individual como variaciones de tipo sociocultural. Por lo tanto, los modelos tridimensionales incluyen a los factores antes mencionados en los modelos biológicos, cognitivos y psicosociales, es decir, integrarían tanto el estado de salud positivo como el estilo de vida saludable, el mantenimiento de las actividades sociales, físicas y la estimulación cognitiva, las actitudes positivas, la satisfacción con la vida y la adaptación a los cambios, entre otros (Lupien & Wan, 2004). Incluso en la literatura reciente se encuentran muy presentes diversos modelos que plantean el envejecimiento exitoso como multidimensional y bastante complejo por lo que, ante la multiplicidad de variables implicadas en este fenómeno, logra dilucidarse qué implica un envejecimiento exitoso:

- (a) Envejecer bien como meta a alcanzar (Rowe & Kahn, 1987, 1999), objetivo que se caracterizaría por la ausencia o reducción de las enfermedades o discapacidades físicas y mentales y por mantener un alto nivel funcional y de participación activa en la vida personal y social. Se asume que en el proceso natural de envejecimiento hay variaciones a nivel biológico y psicosocial pero, en el envejecimiento exitoso, se espera que las pocas pérdidas funcionales de la persona mayor estimulen otras de sus capacidades. En consecuencia, este enfoque se centra en el objetivo de reducir la probabilidad de enfermedad o discapacidad, así como en la estimulación de las habilidades cognitivas y físicas.
- (b) Envejecimiento exitoso como ideal de vida positiva (Fisher, 1992, 1995; Guse & Masesar, 1999; Ryff, 1989a, 1989b; 1995), en el que las personas mayores han de presentar una postura dirigida a la vida de forma optimista, al mantenimiento

de los niveles funcionales a pesar de la posible presencia de enfermedades o discapacidades y, ante las experiencias pasadas, a hacer frente a los problemas del presente y del futuro. La persona mayor debe ser capaz de ser flexible, con el objetivo de hacer frente a los problemas en un sentido positivo o ideal (Fisher, 1992, 1995).

- (c) Envejecimiento exitoso como retrato de la condición general de la persona (Baltes & Baltes, 1993; Carstensen, 1991; Kahana & Kahana, 1996; Salthouse, 1991; Schulz & Heckhausen, 1996), en el que hay un equilibrio entre las pérdidas y ganancias durante el proceso de envejecimiento, y en el sentido de que el éxito es visto como variable individual.

Baltes y Baltes (1993), en el contexto de la definición de envejecimiento exitoso, han desarrollado el modelo de “*Selección, Optimización, y Compensación*” (SOC) que se adapta a los modelos multidimensionales. El modelo SOC se basa en siete proposiciones esenciales: (a) no hay diferencias entre el envejecimiento normal y el proceso de envejecimiento patológico; (b) las personas de edad no procesan de la misma manera en todas sus facetas; por el contrario presentan una gran heterogeneidad y variabilidad; (c) las personas poseen capacidad de reserva o plasticidad a lo largo de su envejecimiento; (d) en un proceso de declive, existen límites de las capacidades de reserva o plasticidad; (e) con los conocimientos prácticos basados en el desarrollo científico y tecnológico, se puede ralentizar el deterioro cognitivo; (f) con el avance de la edad, las pérdidas se superponen a las ganancias; (g) las personas son resistentes incluso en edades avanzadas (Bowling & Dieppe, 2005).

En relación al proceso SOC, los autores destacan tres procesos en los que demostrar la capacidad que tienen los individuos para ser resistentes en los pensamientos, sentimientos o comportamientos y lograr los objetivos deseados. En cuanto a la primera parte, la *Selección*, hace referencia a que los individuos realizan ajustes con el objetivo de facilitar la experiencia subjetiva de satisfacción y control personal. En este sentido, el modelo SOC sostiene que los individuos, a lo largo del

tiempo, son más selectivos en las actividades de ocio de las que disfrutaban. El segundo factor, la *Optimización*, se refiere a la maximización de los intereses y actividades utilizando estrategias que están disponibles para las personas. Aquí se incluyen la formación, la práctica y la educación. Son las personas las que eligen con qué comportamientos pueden lograr mayores niveles de éxito. En el tercer factor del modelo SOC, la *Compensación*, los autores sostienen que el envejecimiento implica algunas pérdidas y otras ganancias, y que los individuos establecen sus prioridades, de ahí que se hable de un proceso de *Selección, Optimización y Compensación* (Baltes y Baltes, 1990, citado en de Oliveira, 2008; Bowling & Dieppe, 2005). Este modelo plantea estrategias diferenciales individuales para el envejecimiento, orientado hacia los éxitos.

2.1.4. Estrategias para un envejecimiento exitoso

Según Hazzard (1997), es posible reducir la prevalencia de enfermedades y la morbilidad y prolongar el bienestar en las personas de edad avanzada. Para ello, es necesario que se produzca una intervención temprana y se generen comportamientos preventivos, no sólo cuando las personas ya están en una situación de enfermedad. Las estrategias para lograr un envejecimiento exitoso pueden tener un sentido preventivo, correctivo o ambos. Según Friedrich (2003), las estrategias empleadas dependerán de lo que las personas quieren y de los recursos disponibles para ello. Las estrategias se establecerán en función de lo que se desee. Cualquier persona puede ser agente activo en su calidad de vida, tanto los jóvenes como los adultos o ancianos. De la misma manera, cualquier persona puede adaptar sus estrategias en función de su vida diaria (Kahana, Kahana, & Kercher, 2003; Ouwehand, Ridder, & Bensing, 2007). Según Freitas et al. (2002), esto se produciría, por ejemplo, cuando la persona identifica un problema potencial o una amenaza para su salud física, y se pueden planificar y ejecutar los ajustes que serán necesarios en esta situación. En otras circunstancias, se puede predecir la posibilidad de desarrollo de un problema o amenaza y decidir las adaptaciones necesarias para una buena prevención.

Las estrategias individuales que realiza cada individuo con el objetivo de

desarrollar un envejecimiento exitoso requieren un enfoque proactivo, ya sea preventivo o correctivo. En segundo lugar, Kahana, Kahana y Kercher (2003) afirman que las personas recurren tanto a los recursos internos como externos. Los recursos internos se refieren a atributos y características personales que son positivas (por ejemplo, la sensación de esperanza, el optimismo, el altruismo, la adecuada autoestima, etc.) y que facilitan a la persona el desempeño de actitudes proactivas y comportamientos ajustados, reduciendo así el impacto de eventos negativos y estresantes. Estas características positivas ayudan a las personas a iniciar las adaptaciones necesarias para la promoción de un envejecimiento exitoso. Éste es el caso de las personas que son altruistas y que adoptan comportamientos de ayuda a terceros. En ello influirán tanto los recursos externos como la relación con los factores implicados en el entorno en el que las personas viven, así como con los recursos disponibles (p. ej., la capacidad financiera, el acceso a la atención sanitaria, el acceso a las nuevas tecnologías). La red social también es crucial. Es sabido que una red social amplia contribuye al bienestar subjetivo de las personas.

Según Ouwehand, Ridder y Bensing (2007), los recursos internos y externos conforman la primera fase de un total de cinco etapas. Dentro de estas etapas se plantean diversas estrategias individuales para la promoción del envejecimiento exitoso: a) la acumulación de recursos a lo largo del ciclo vital pueden servir de base sólida para reaccionar adecuadamente ante los cambios; (b) la identificación de los posibles factores de estrés (factores de riesgo y amenaza) en todas las dimensiones de la vida; c) el diseño de un plan de acción, que actúa como una especie de anticipación de los aspectos relacionados con el problema o amenaza; (e) la obtención de información de los posibles factores que ponen en peligro a la persona, para evitar o reducir al mínimo los problemas; y (f) la evaluación de la eficacia de las estrategias que utiliza el individuo.

La prevención es muy ventajosa si se percibe la posibilidad de riesgo, amenaza o problemas potenciales (Kahana, Kahana, & Kercher, 2003). Este tipo de estrategia consiste en adaptaciones, tales como el fomento de la salud física y mental, la satisfacción con la vida y la planificación anticipada del futuro (Baltes & Baltes, 1993; Ferrario et al., 2008; Kahana, Kahana, & Kercher, 2003). La promoción de la salud física y mental es crucial, ya que un estilo de vida saludable reduce la probabilidad de sufrir enfermedades relacionadas con el envejecimiento. Por otro lado, cuando las

personas mayores sufren alguna enfermedad o discapacidad, pueden seguir siendo activas, adaptando su vida precedente a su situación particular actual. Adoptar estilos de vida saludables, como no fumar, consumir escasas cantidades de alcohol, evitar el sol durante las horas de mayor calor, mantener una hidratación adecuada y una alimentación saludable, etc., son ejemplos de comportamientos positivos que constituirán una base físicopositiva para la promoción de un envejecimiento óptimo. La felicidad y la satisfacción con la vida se traducen en un sentimiento de competencia y desarrollo personal y, por lo tanto, mantienen también una estrecha relación con el envejecimiento satisfactorio. Las medidas preventivas pueden reducir la necesidad de ayuda por parte de las demás personas. Además, cuando los individuos desarrollan estrategias de planificación y se centran más en aquello en lo que tienen más interés, existe mayor bienestar autopercebido (Ouweland, Ridder, & Bensing, 2007; Prenda & Lachman, 2001).

Las estrategias correctivas consisten en adaptaciones amortiguadoras que disminuyen el impacto de los cambios y se refieren a las medidas de apoyo, la modificación de las funciones familiares y sociales, los cambios que se pueden realizar en entorno residencial, la autonomía y la independencia (Ferrario et al., 2008; Kahana, Kahana, & Kercher, 2003). Las medidas de apoyo son importantes, así como las estrategias de adaptación. La adopción de nuevos roles sociales y la facilitación de una mejor adaptación al proceso de envejecimiento sirven como estímulo en el día a día de la persona de edad avanzada. Por lo que se refiere a las modificaciones residenciales, estas estrategias son relativamente fáciles de implementar y pueden promover la comodidad, la autonomía y la seguridad en el hogar. Por ejemplo, la colocación de barras en el baño permite compensar la disminución de la fuerza muscular, o la eliminación de las alfombras evita el riesgo de caídas. Estas adaptaciones permiten una profunda mejora de la calidad de la ejecución de las tareas diarias y de la vida personal y familiar. Promover un sentido de mayor autonomía y más independencia ofrece a la persona una mayor sensación de bienestar físico y psicológico.

Las estrategias de prevención recomiendan la participación activa de la persona en su propia vida tanto a nivel personal como social y laboral, así como la apertura a nuevos conocimientos, nuevos objetivos, la proactividad en su desarrollo personal y la adaptación a los cambios y modificaciones que sean necesarias a lo largo del

envejecimiento (Baltes & Baltes, 1993; Ferrario et al., 2008; Kahana, Kahana, & Kercher, 2003).

2.2. Calidad de vida en las personas mayores

Actualmente estamos asistiendo a un envejecimiento global de la población, así como al aumento de la longevidad. El concepto de calidad de vida ha sufrido una gran expansión en las últimas décadas tanto en el ámbito de las ciencias sociales como en las naturales y biomédicas. A finales del siglo pasado creció el interés en las cuestiones relacionadas con el envejecimiento positivo y activo y con la calidad del envejecimiento (Gubiane, 1871, citado en Conte & Lopes, 2005; Shephard, 2002; Silva, 1999). La preocupación por la calidad de vida ya aparece documentada en 1960, en el informe de la *Comission in National Goals* del gobierno de Estados Unidos. En este documento se afirmó que la educación, la individualidad, el crecimiento económico, la salud y el bienestar son importantes indicadores de calidad de vida (Ribeiro, 1998).

La calidad de vida es, en la actualidad, un concepto de extrema importancia, porque cada vez existe una mayor conciencia social de que vivir no es sólo un problema de subsistencia, sino también de mantenimiento de la calidad de vida y de la dignidad. Según Bowling (1995), la calidad de vida está relacionada con el envejecimiento positivo. Una vez que el individuo tiene la sensación de control de su vida, unas sanas relaciones sociales, vive en un medio ambiente de calidad y mantiene una salud mental y física positivas, es más probable que se sienta motivado y satisfecho con su vida.

La promoción de la salud se convirtió en el objetivo principal de los sistemas de atención de la salud en la segunda mitad del siglo XX (Ferreira, 1994; Ribeiro, 1994). La cantidad cada vez mayor de investigación en esta área se ha traducido en una mejor comprensión y en una mayor promoción de la calidad de vida, alertando a la población de la necesidad de adoptar un estilo de vida saludable en todas sus dimensiones.

2.2.1. Definir y entender la calidad de vida

La literatura nos muestra que no es fácil definir este concepto, ya que se caracteriza por su complejidad incluye diferentes dimensiones de la vida de las personas. Aun así, hay varios autores que se han centrado en el estudio de la calidad de vida, específicamente en la tercera edad, y en los ajustes de los aspectos que permiten una mejor comprensión de este concepto (Bowling, 2005; Lawton, 1991; Neri, 2001; Paschoal, 2004). El concepto de salud está, en la literatura, muy relacionado con la calidad de vida pero, a pesar de ser un factor determinante, no es el único. La calidad de vida debe ser examinada a la luz de la multidimensionalidad (Canavarro, Simões, Pereira & Pintassilgo, 2005; Neri, 2007; Ribeiro, 1994; Trentini, 2004). En mayor o menor medida, la calidad de vida parece depender, además de los factores fisiológicos, del contexto y las circunstancias en las que viven las personas, como el estilo de vida, el apoyo social, la salud, la espiritualidad, las redes sociales y el bienestar físico, cognitivo y social, etc. (Paúl & Fonseca, 2005; Santos, 2008; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Según Neri (2001), muchos autores asocian la calidad de vida y el nivel de satisfacción con la vida con varios factores, tales como los hábitos de vida, la actividad física, el bienestar, las condiciones del medio ambiente en el que viven, la calidad de las relaciones familiares, la calidad de las relaciones sociales y de apoyo, etc.

Donald (1997, citado en Jacob, 2007a) define la calidad de vida a través de cinco características esenciales que, según el autor, deben tenerse en cuenta no sólo por parte de las personas de edad sino también por los profesionales que trabajan con esta población. Este autor se refiere a considerar (a) el bienestar físico, (b) las relaciones interpersonales (familiares, amigos y la participación de la comunidad), (c) el desarrollo personal, (d) la práctica de las actividades espirituales, y (e) la práctica de actividades recreativas.

Para Pimentel (2001) la cuestión de la salud física es de suma importancia cuando se trata de la calidad de vida, sin embargo, sin menospreciar otros factores que considera que son también importantes y que se relacionan con los aspectos psicológicos y sociales de la vida de las personas.

La OMS (2013) define la calidad de vida como la percepción que un individuo

tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Keister y Blixen (1998) sostienen que la calidad de vida debe ser vista como un constructo multidimensional, incluyendo la evaluación que la persona de edad avanzada hace de su vida y que integra factores biológicos, psicológicos, interpersonales, sociales, económicos y culturales. Por lo que se refiere a las vertientes política, social y económica, están también incluidas entre las citadas variables. Además, la propia forma en que perciba la calidad de vida es una variable a tener en cuenta.

Neri (2001) sostiene que la calidad de vida puede ser caracterizada de acuerdo a la diferenciación de dos grandes dimensiones: la dimensión objetiva, evaluada por los observadores externos siguiendo ciertos parámetros (por ejemplo, la calidad de las condiciones del medio ambiente), y la dimensión subjetiva, indirectamente, en relación con el grado de satisfacción de la persona.

Según Fernández-Ballesteros (2000; 2004), éste es un concepto multidimensional que incorpora condiciones socioambientales y personales, objetivas y subjetivas. Según Lawton (1992), la calidad de vida se define como un juicio o reconocimiento que la persona de edad avanzada hace de su sistema personal y del medio ambiente con respecto al pasado, presente y futuro. Aparece como una medida subjetiva de la persona de edad avanzada, de cómo ella percibe la calidad de vida que le rodea y su grado de satisfacción y bienestar general. Walker (2004) propone una descripción en la que considera las siguientes dimensiones: (a) la salud física y mental; b) el empleo y la jubilación, c) la vivienda; y d) las redes sociales y familiares. En relación con el empleo y la jubilación, es importante que las personas mayores tengan una actitud positiva y de bienestar durante la transición a la jubilación y durante la vivencia de la propia jubilación. Es fundamental que la persona entienda que este cambio no es el final de su vida activa puesto que, en realidad, hay muchas actividades en las que puede participar. La vivienda también es importante en relación a la percepción de la calidad de vida. El lugar donde vive la persona de edad y donde pasa la mayor parte de su tiempo debe reflejar a esa persona, puesto que le da un sentido de identidad. La red familiar, las

relaciones personales y el apoyo social son también fundamentales para percibir la calidad de vida durante el proceso de envejecimiento. En cuanto a las relaciones sociales, es importante que la persona mayor tenga sensación de cercanía, de significado emocional, de sentido de pertenencia y de unión, que son fundamentales para que estas relaciones contribuyan al bienestar, aunque no todas las relaciones han de ser igual de profundas y significativas (Bosworth & Schaie, 1997, citado en Paúl & Fonseca, 2005).

Por lo tanto, podemos colegir que la evaluación de la calidad de vida de las personas de edad avanzada debe adoptar criterios de carácter múltiple, ya sea biológico o psicológico y sociocultural (Bowling, 2005; Diener & Suh, 1997; Lawton, 1991; Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Pereira, 2002). Ribeiro (1994) insiste en que es indispensable entender que la calidad de la vida no significa ausencia de enfermedad o deterioro físico en la vida, y que aquella se manifiesta en el nivel de bienestar y la funcionalidad, es decir, que es un proceso dinámico que involucra las variables físicas, las psicológicas, las sociales y las medio ambientales.

Paúl y Fonseca (2005) realizaron un estudio en Portugal con el objetivo de analizar la calidad de vida de las personas mayores en zonas rurales. Encontraron que la calidad de la vida física varía en función de las actividades de la vida diaria y que éstas varían dependiendo de ciertos factores psicológicos, así como de algunas variables sociodemográficas, como el género, el estado civil, el nivel de educación y el nivel socioeconómico. Además, realizaron un estudio sobre la calidad de vida de las personas mayores que viven en contextos urbanos y compararon los resultados. Los autores llegaron a la conclusión de que las personas mayores en las zonas urbanas tienen más actitudes negativas en relación con el envejecimiento que las que viven en zonas rurales, pero tienen un mayor acceso a la atención sanitaria, a los servicios públicos, comerciales y culturales y gozan de una mayor estimulación facilitada por el contexto inmediato.

La OMS (1993, citado en Teixeira, 2004) desarrolló un instrumento para evaluar la calidad de vida incluyendo aspectos culturales, el *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument* (WHOQOLD). Este instrumento trata de evaluar las cinco principales áreas relacionadas con la calidad de vida: (a) el ejercicio físico (dolor, energía y fatiga, actividad sexual, sueño, descanso y funciones sensoriales); (b) el dominio psicológico (sentimientos positivos, pensamiento, aprendizaje, memoria y

concentración, autoestima, imagen corporal y apariencia y sentimientos negativos); (c) el nivel de dependencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de medicamentos o tratamientos, dependencia de sustancias no alcohólicas, habilidades de comunicación, capacidad de trabajo, relaciones personales y apoyo social); (d) el medio ambiente (seguridad física, satisfacción en el trabajo, disponibilidad y calidad de los servicios sociales y de salud, oportunidades de adquirir nuevos conocimientos y aptitudes, disponibilidad y participación en actividades de ocio y entorno físico y transporte); y e) la espiritualidad, religión y creencias personales. En el WHOQOL destacan, como características fundamentales, la subjetividad, que se determina por la importancia de percibir el significado que se atribuye a la experiencia e intraindividualidad; la multidimensionalidad: la calidad de vida global (puesto que incluye varias dimensiones); el dinamismo, es decir, que el individuo asigna una importancia distinta a cada uno de los dominios en el curso de su vida y la bipolaridad, entendiendo como tal la existencia de aspectos positivos y negativos, es decir, que siempre pueden estar presentes elementos deseables y roles sociales indeseables (por ejemplo, la dependencia) (Fleck, 2008; Paschoal, 2004; World Health Organization Quality of Life Working Group 1995).

Vecchia, Ruiz, Bocchi y Corrente (2005) realizaron un estudio con el fin de entender cuáles son los aspectos que las personas mayores consideran importantes en la percepción de su calidad de vida. Los resultados indicaron que las personas mayores destacan la importancia de una buena relación con la familia y con los amigos y la participación en organizaciones sociales (49%); el estado de salud (38,9%), los hábitos saludables, la sensación de bienestar, alegría y amor (34,25%); unas buenas condiciones financieras (28,5%); la espiritualidad (8,22%); los logros profesionales (6,3%); el desarrollo de trabajos voluntarios (4,93%) y, por último, la capacidad de aprender más (4,11%).

Farquhar (1995) llevó a cabo un trabajo con el objetivo de investigar las definiciones de calidad de vida de los individuos mayores de 65 años de edad. Normalizó cinco preguntas abiertas: (1) "¿Cómo describiría usted su calidad de vida? ¿En función de qué factores piensa usted que esto es así?"; (2) "¿Qué factores agregan calidad a su vida?"; (3) "¿Qué factores restan calidad a su vida?"; (4) "¿Qué factores mejoran calidad a su vida?"; (5) "¿Qué factores hacen empeorar su calidad de vida?". Se

dividió la muestra en dos grupos de edad para que se pudiera comprobar la variabilidad y comparar los resultados, ya que la muestra se dividió en un grupo formado por personas de entre 65 y 85 años de edad y otro compuesto de individuos de más de 85 años de edad. El autor verificó la ausencia de diferencias entre los dos grupos de edad. En relación con los factores que determinan la percepción de la calidad de vida positivamente, se destacaron los siguientes factores, por orden de preferencia, el contacto social, la salud/movilidad/habilidad, las circunstancias materiales y las actividades realizadas. Con respecto a las percepciones negativas, como factores que contribuyen a una peor calidad de vida, las personas mayores las relacionan con la desesperanza, la enfermedad, la desdicha y el deseo de ser más jóvenes. Por su parte, factores tales como la familia, las actividades, los contactos sociales, la salud y el bienestar material, según estos participantes, podrían mejorar su calidad de vida.

Fleck et al. (2003), en el marco del proyecto WHOQOL-OLD, realizaron un trabajo con el objetivo de evaluar las condiciones que permiten una buena calidad de vida en la tercera edad. De esta forma, se seleccionó una muestra de personas mayores, dividiéndola en cuatro grupos: ancianos sanos con edades comprendidas entre 60 y 80 años; ancianos con edades entre 60 y 80 años; ancianos sanos mayores de 80 años de edad y ancianos con más de 80 años. Los resultados muestran una tendencia positiva para la asociación entre calidad de vida y el bienestar o sentirse bien. También se destacaron, como aspectos de la calidad de vida considerados por todos los grupos de la tercera edad, la salud, la sociabilidad, el apoyo social, la actividad física, la posibilidad de apoyo y el sentimiento de utilidad. Algunos grupos señalaron la religiosidad, las condiciones financieras estables y buenas condiciones de vida como los principales contribuyentes a la calidad de vida.

Según Queiroz y Papaléo Netto (2007), la sociabilidad y la educación son dos de las vías fundamentales para la promoción del envejecimiento saludable. En este sentido, Assis (2008) insiste en que la calidad de vida se puede lograr y que es también una obligación de las políticas públicas que garantizan los derechos esenciales y específicos (por ejemplo, centros de vida, servicios de apoyo domiciliarios, etc.). En los resultados del estudio aparecieron varios aspectos significativos. Hay que destacar que los grupos encuentran asociados ambos conceptos, el bienestar y la calidad de vida, y que hay aspectos de la calidad de vida que todos los grupos señalan como importantes, tales

como la salud, la sociabilidad, el apoyo, la actividad física, la posibilidad de dar apoyo y soporte y el sentimiento de utilidad. Estos resultados permitieron corroborar lo que ya aparece descrito en la literatura: que la calidad de vida no es un concepto unifactorial sino multidimensional.

Según Rodrigues (2007), la calidad de vida debe ser entendida a partir de tres dimensiones: (a) "tener" (*having*), que incluye objetivos tales como las condiciones de salud, la nutrición, la vivienda, el salario, la educación y el empleo, entre otros; (b) "amar" (*loving*), que incluye las relaciones sociales y los aspectos relacionados con las relaciones afectivas y (c) "ser" (*being*), que incluye los requisitos subjetivos (por ejemplo, la autorrealización y la autoestima). Este modelo es tridimensional y jerarquiza las necesidades. En primer lugar, aparecen las necesidades primarias que se refieren a los aspectos de las relaciones que nos permiten sobrevivir, mientras que el bienestar subjetivo refleja la evaluación personal y privada entre las diversas dimensiones de la vida de las personas (Neri, 2001).

2.3. Concepto de bienestar

Constructos tales como el bienestar, el optimismo, la felicidad, la determinación personal y las emociones positivas y negativas, enmarcadas en la psicología positiva, han sido objeto de estudio y análisis en diferentes áreas de investigación de salud mental, psicología y gerontología social (Novo, 2000).

Según este autor (2000), el bienestar se ha desarrollado en dos áreas principales. En primer lugar, en el contexto del desarrollo de la educación de adultos y la salud mental y, en segundo término, respecto de los aspectos psicosociales, en la calidad y la satisfacción vital. Surgen, de este modo, dos conceptualizaciones de bienestar. En primer lugar, el que aparece como constructo de la felicidad, la satisfacción y las experiencias emocionales, que conceptualizamos como bienestar subjetivo. El bienestar subjetivo se produce en un contexto en el que se pretende identificar las características sociodemográficas asociadas con la calidad de vida. El segundo se refiere al bienestar psicológico, y se centra en las dimensiones básicas del funcionamiento positivo que se desprenden de los diferentes modelos teóricos de la psicología del desarrollo, la

psicología clínica y la salud mental. Por lo tanto, el bienestar psicológico incluye las características más relevantes de los principales modelos teóricos de la psicología, la psicología clínica y el estudio de la personalidad, y contempla las dimensiones que son operacionalizables y que se refieren a diferencias interindividuales, integrando el bienestar en la esfera de la salud mental (Novo, 2000).

El bienestar subjetivo y el bienestar psicológico parecen haber surgido de dos tradiciones, la hedonista y la eudaimonista (Ryan & Deci, 2001). El bienestar hedonista proviene del placer o felicidad (del griego *hedonê*, que significa placer), en el sentido de que la experimentación de sentimientos de placer o, en el caso de sentimientos negativos, en la tendencia a equilibrar lo agradable y lo desagradable. Por lo tanto, el bienestar subjetivo, hedonista, concibe el bienestar subjetivo como felicidad, en el que las personas están buscando experiencias de placer y equilibrio entre el afecto negativo y positivo (Diener et al., 1999; Diener, & Lucas, 2000). De acuerdo con Novo (2000), la evaluación que las personas hacen de su vida tiene en cuenta los valores, necesidades y sentimientos personales. Por otra parte, el bienestar eudaimonista consiste en logros personales (del griego *eudaimoniós*, que significa felicidad, siendo éste resultado de la práctica de la virtud). En este segundo tipo de bienestar es más importante lo que las personas hacen, o no, en lugar de lo que sienten (Lent, 2004; Simões, 2006; Simões et al, 2001; 2003), es decir, se trataría de lograr la felicidad por la práctica de la *virtud*, de hacer lo que uno cree que tiene que hacer, aunque ello no comporte directamente, o en primer término, el placer. Según Ryff (1995), el bienestar psicológico, eudaimonista, se fundamenta en el bienestar como realización del potencial humano y, en él, las personas consiguen bienestar no por hacer o tener lo que les gusta, sino por hacer o vivir aquello que colma su espíritu o aquello que creen que deben o están llamados a hacer.

De esta manera, se puede comprobar que, aunquese adopte el mismo objeto de análisis, el bienestar, estos dos constructos revelan directrices separadas (Novo, 2000, Waterman, 1993). Aun así, son considerados, por algunos autores, como dos facetas del funcionamiento óptimo del ser humano (Ryff & Singer, 1998; Ryan & Deci, 2001). En esta lógica, el bienestar debe ser visto como un fenómeno multidimensional que incluye tanto el bienestar subjetivo como el bienestar psicológico (Keys, Shmotkin & Ryff, 2002; Lent, 2004; Ryan & Deci, 2001).

2.3.1. Bienestar Subjetivo: definiciones.

Para Kahneman, Diener y Schawars (1992), el bienestar subjetivo se refiere a la evaluación que hacen las personas de su propia vida, y está estrechamente relacionado con la percepción de la calidad de vida. Los autores afirman que, cuando las personas manifiestan principalmente sentimientos positivos, es porque tienen un alto bienestar subjetivo. También Veenhoven (2005) sostiene que el bienestar subjetivo consiste en la evaluación que la persona hace de su vida. Esta evaluación debe incluir la percepción de afectos y pensamientos. Campbell, Converse y Rodger (1976) refieren que las personas evalúan su bienestar como resultado de la discrepancia entre las aspiraciones y los logros. Para el autor, la satisfacción sería un proceso cognitivo relacionado con la experiencia de los sujetos, mientras que la felicidad se relacionaría con los sentimientos de aquéllos. Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) sostienen que el bienestar subjetivo consiste en la experiencia interna que tienen los individuos, que no se limita sólo a su propia experiencia. La evaluación que las personas hacen, según señalan los autores, es global y abarca todas las dimensiones de la vida de los sujetos. Por esta razón, el bienestar es un constructo que se refiere tanto a la experiencia de la persona como a sus sensaciones, expresiones y a las evaluaciones realizadas (Spiriduso, 2005).

Actualmente, el bienestar subjetivo se define como un constructo con dos componentes cognitivos, que son la satisfacción vital y el componente afectivo, que es el sentimiento de felicidad (Novo, 2000; Simões, 2006). Por lo tanto, el bienestar subjetivo es la evaluación que la persona hace de su vida, ya sea en términos de satisfacción consigo mismo o en términos de sus relaciones con los otros.

Diener et al. (1999) afirman que el bienestar subjetivo está influido por varios factores que dependen, en su mayoría, de la propia individualidad del sujeto (características personales). Para el autor, las personas presentan altos niveles de bienestar subjetivo cuando sienten emociones positivas y están involucradas en actividades interesantes, así como cuando experimentan mucho placer y poco sufrimiento. En resumen, cuando están satisfechos con sus vidas.

2.3.2. La influencia de factores sociodemográficos y personales sobre el bienestar subjetivo

El estudio de los factores que promueven el bienestar subjetivo ha sido objeto de investigación a lo largo de los últimos años. Según Novo (2000), los avances en este ámbito han permitido el desarrollo de la descripción de las condiciones de vida de los diferentes grupos. Con respecto a las variables sociodemográficas, las investigaciones se han centrado en el estudio de la relación de la edad, el género, los ingresos económicos, el estado civil y la educación, entre otros factores, y el nivel de satisfacción experimentado. Algunos autores sostienen que estas variables parecen explicar sólo un pequeño porcentaje del bienestar subjetivo (Andrews & Withey, 2002; Argyle, 1998; Campbell, Converse & Rogers, 1976; Diener & Lucas, 1999; Diener, Oishi & Lucas, 2003). Los factores personales son los que parecen estar relacionados, en un mayor porcentaje, con el bienestar subjetivo (Brunstein, 1993; DeNeve & Cooper, 1998; Diener et al., 1999; Diener & Lucas, 2000; Diener & Suh 1997; Emmons & King, 1988; Lima et al., 2001; Little, 1999a, 1999b; Sheldon & Kasser, 1998; Simões et al., 2001; Simões et al., 2003; Park, Peterson & Seligman, 2004).

DeNeve y Cooper (1998) realizaron un metaanálisis, encontrando una moderada influencia de los factores de personalidad en la operacionalización del bienestar subjetivo. Así mismo, se verificó que el factor personalidad influye sobre el bienestar subjetivo (Simões, 2006). La justificación de este resultado es el hecho de que los individuos establecen metas personales que requieren un mayor esfuerzo y dedicación. Las metas personales parecen influir en la percepción del bienestar subjetivo. Cuando esos objetivos se ven igual de accesibles y viables, los individuos muestran mayores cotas de desempeño y dedicación (Brunstein, 1993; Brunstein et al., 1988). Según Diener y Lucas (1999), los objetivos se encuentran a tres niveles; tanto en un nivel general, correspondiente a los valores, como en el nivel intermedio, correspondiente a las tareas de la vida, como en el restringido, que correspondería a las preocupaciones de los individuos en su vida cotidiana. Emmons (1992) se refiere a un nivel diferente, a la abstracción, con el argumento de que cuando las personas presentan niveles superiores de malestar psicológico, también presentan sentimientos negativos. Pero, por otra parte, Rapkin y Fisher (1992) defienden que no todos los objetivos se relacionan

positivamente con el bienestar subjetivo. La relación entre bienestar subjetivo y metas parece positiva cuando se trata de mantener una práctica social y un estilo de vida activos. La relación se revierte cuando se habla de desvinculación (por ejemplo, la liberación de alguna tarea u obligación social) y la reducción de la actividad (Simões, 2006). Para entender mejor esta relación entre el bienestar subjetivo y objetivo, Brunstein et al. (1988) realizaron un estudio con tres dimensiones de objetivos personales, el compromiso y dedicación, la accesibilidad y los progresos en el logro de los objetivos. Llegaron a la conclusión de que la dedicación o esfuerzo sobre la consecución de los objetivos depende de la accesibilidad de los mismos.

En lo que respecta a factores sociodemográficos que están relacionados con el bienestar subjetivo, se hace hincapié en la edad, el sexo, la salud, los ingresos, el estado civil, la educación y la religión (Diener et al., 1999). Andrews y Withey (2002) encontraron, en sus estudios, que el porcentaje de varianza explicada por los factores sociodemográficos respecto al bienestar subjetivo se situaba en torno al 10%. Diener et al. (1999) sugiere un valor cercano al 15%. Aunque los factores sociodemográficos son importantes, éstos no parecen tener un fuerte impacto sobre el bienestar subjetivo. A pesar de estos resultados, estas variables siguen siendo objeto de estudio en esta área de investigación y se describen a continuación.

Diener y Suh (1997) señalaron que la satisfacción vital y el bienestar subjetivo no muestran una disminución con la edad. De acuerdo con Smith et al. (1999), parece que la influencia de esta variable es mayor a partir de los 80 años de edad. Si tenemos en cuenta las sucesivas pérdidas que las personas de edad avanzada experimentan (por ejemplo, el deterioro de la salud, tanto física como cognitiva), éstas fácilmente pueden asociarse a la edad. Sin embargo, las personas mayores se han de ajustar y adaptar a sus expectativas y objetivos en función de los recursos internos y externos disponibles (Simões, 2006); de esta forma, algunos estudios incluso encuentran un aumento en el bienestar subjetivo con el avance de la edad (Diener & Suh, 1997; Mroczek & Kolarz, 1998; Meléndez, Tomás y Navarro-Pardo, 2008; Meléndez, Navarro-Pardo, Oliver & Tomás, 2009).

En cuanto a la variable salud, ésta aparece en la literatura como un factor importante para percibir el bienestar subjetivo (DeNeve & Cooper, 1998; Simões et al., 2003). Sin embargo, debemos subrayar que esta variable “salud” se compone, en

realidad, de una evaluación de su propia condición física. La salud subjetiva también parece estar relacionada con el tipo de personalidad de las personas de edad avanzada (Staudinger et al., 1999). Por ejemplo, es de esperar que una persona optimista considere su salud de una manera más positiva. La salud subjetiva consiste, en efecto, en un factor de promoción de bienestar subjetivo (Simões et al., 2001; Simões et al., 2003).

El estado civil parece ser, de todas las variables sociodemográficas, una de las que mayor impacto tiene en el bienestar subjetivo. La literatura nos muestra que las personas casadas, o las parejas de hecho, manifiestan los niveles más altos de bienestar y felicidad (Argyle, 1999; Meléndez, Navarro-Pardo, Oliver & Tomás, 2009; Simões et al., 2001; Simões et al., 2003). Muchas personas de edad avanzada tienen en su cónyuge la figura más importante de su red de apoyo. Según Argyle (1999), el matrimonio parece servir como una "cooperativa biológica", con beneficios a nivel social, psicológico e incluso físico. Albuquerque (2006) contradice los resultados obtenidos en los estudios previos que muestran las consecuencias de la relación entre estado civil y el bienestar subjetivo. Sostiene que el hecho de estar casado no justifica por sí mismo el incremento del nivel de bienestar subjetivo. Por esta razón, asegura que esto se debe a las emociones positivas que los individuos experimentan en las relaciones con los demás, ya sean de carácter matrimonial o no. Diener et al. (1999) destacan el otro factor que puede influir en los altos niveles de bienestar subjetivo en personas casadas: los beneficios económicos y sociales.

La educación, a su vez, se relaciona con los ingresos y el nivel profesional. Aun así, la educación parece tener un impacto mínimo sobre el bienestar subjetivo (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Este impacto, indirecto, puede relacionarse con los ingresos percibidos por los individuos (Simões et al., 2001; Simões, 2006). Aun así, la educación puede despertar ciertos intereses de los individuos, así como diferentes formas de hacer frente a los obstáculos y las dificultades de la vida, en definitiva, puede correlacionar con los distintos estilos de vida. A pesar de que la educación, por sí misma, no tiene una gran influencia en el bienestar subjetivo, ambos parecen estar indirectamente relacionados, ya que la educación es una herramienta muy poderosa que puede promover otros factores que están relacionados de manera directa con este constructo.

La variable sexo parece tener un efecto casi inexistente en el bienestar subjetivo

(Simões et al., 2001; Simões et al., 2003; Veenhoven, 2005). Sin embargo, son las mujeres quienes suelen experimentar más variedad de emociones, tanto positivas como negativas (Simões et al., 2001). Los síntomas depresivos y los niveles de afectividad negativa se encuentran más frecuentemente en las mujeres (Wood et al., 1989).

La religión, a su vez, parece tener un efecto significativo sobre el bienestar subjetivo (Simões et al., 2001; Simões, 2006). Una explicación es que la religiosidad de la vida, el sentimiento de esperanza, la necesidad de seguridad, se perciben como protección. Por otro lado, las personas que viven en sociedades que respetan la religiosidad tendrán un bienestar subjetivo mayor, al sentirse integrados en una comunidad donde sienten que son valorados y con la que comparten los valores y las creencias. La imagen de Dios otorga un sentido a la vida y puede facilitar la creación de mecanismos positivos de supervivencia (Simões, 2006).

2.4. Resiliencia y afrontamiento en el envejecimiento

Según Frydenber (2002), el concepto de afrontamiento ha sufrido distintos cambios en cuanto a su naturaleza. El afrontamiento es definido como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, en constante cambio, que se ocupan de la gestión de la demanda interna y/o externa de la persona (Antoniazzi et al., 1998; Hobfoll, Schwarzer & Chon, 1998; Lazarus, 1993; citado en Seiffge-Krenke & Beyres, 2005; Ribeiro, 1994). Los recursos de afrontamiento son, por tanto, los moderadores de los efectos del estrés sobre el bienestar de los individuos (Guedea et al., 2006). Según Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento es un proceso dinámico y flexible, en constante proceso de cambio cognitivo y conductual, que trata de gestionar los requisitos internos y/o externos específicos. Las estrategias de afrontamiento pueden considerarse como una forma de adaptación (Lazarus & Folkman, 1984) para hacer frente a los problemas, amenazas o exigencias de la vida cotidiana de los individuos (Monat, Lázaro & Gretchers, 2007).

En la literatura aparecen de forma diferenciada las estrategias de afrontamiento y los estilos de afrontamiento. De manera general, los estilos de afrontamiento consisten en características de personalidad. A su vez, las estrategias se refieren a acciones

cognitivas o conductuales concretas utilizadas por las personas para hacer frente a cualquier situación de estrés (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986, citado en Grassi-Oliveira, Daruy-Filho & Brietzke, 2008). Según Ryan-Wenger (1992, citado en Grassi-Oliveira et al., 2008), los estilos de afrontamiento parecen influir en la elección de las estrategias utilizadas.

El afrontamiento parece tener varias funciones. Fundamentalmente distinguiremos entre el afrontamiento centrado en los problemas (Lazarus, 1993; Seiffge-Krenke, 1995, citado en Seiffge-Krenke & Beyers, 2005); el afrontamiento centrado en las emociones (Seiffge-Krenke, 1995, Garnefski, Legerstee, Kraaij, Van der Kommer, & Teerds, 2002, citados en Seiffge-Krenke & Beyers, 2005) y el afrontamiento de evitación (Lazarus, 1993, Seiffge-Krenke & Klessinger, 1871, citado en Seiffge-Krenke & Beyers, 2005).

Folkman (1984, citado en Vivan, 2006) sostiene que el afrontamiento focalizado en las emociones tiene como objetivo reducir las sensaciones físicas desagradables, mientras que el afrontamiento enfocado en los problemas consiste en un intento de cambiar las dificultades existentes entre las personas y el medio ambiente.

Por otra parte, Schwarzer y Taubert (2002) defienden la existencia de cuatro tipos distintos de afrontamiento, como son el afrontamiento reactivo, el afrontamiento anticipado, el afrontamiento de prevención y la respuesta activa. El afrontamiento reactivo consiste en un esfuerzo compensatorio para las personas en una situación estresante (por ejemplo, durante un proceso de divorcio); el afrontamiento anticipado se refiere a los esfuerzos de los individuos para hacer frente a una amenaza inminente, cuando se tiene certeza absoluta de que el evento se llevará a cabo (por ejemplo, preparar una entrevista importante); el afrontamiento de prevención se centra en los actos que tendrán lugar en el futuro, que pueden ser potencialmente mortales (por ejemplo, ser despedido del trabajo), mientras que en la respuesta activa la persona observa una posibilidad, y la considera como un reto personal, un riesgo, una necesidad o una oportunidad. Además, las respuestas de afrontamiento pueden variar en función de las valoraciones que hacen los individuos. Según el modelo de Lazarus y Folkman (1984, citado en Seiffge-Krenke & Beyers, 2005), el individuo pasa por distintas fases, que serían una evaluación primaria (por ejemplo, la evaluación de la magnitud de la amenaza), la realización de evaluaciones (por ejemplo, la disponibilidad de recursos personales o externos), y un último nivel terciario (por ejemplo, las evaluaciones del

efecto de afrontamiento).

Aspinwall y Taylor (1997) fueron los autores del concepto de *respuesta activa* (afrontamiento proactivo). Los autores argumentan que el concepto propuesto debe ser entendido como una competencia o un conjunto de habilidades para hacer frente a situaciones potencialmente peligrosas. El modelo de *respuesta activa* plantea cinco fases. La primera es la acumulación de recursos (planificación y organización de recursos limitados, tales como el tiempo y los recursos financieros); la segunda es el reconocimiento de posibles factores de estrés (fase de detección de amenazas potenciales por la interpretación de las señales externas o internas); la tercera sería la evaluación inicial del potencial estrés (fase de definición del problema y regulación de la activación emocional negativa); la cuarta, los esfuerzos de *afrontamiento* preliminares (fase preliminar en la que los esfuerzos deben ser empleados para prevenir o eliminar la amenaza) y, finalmente, la obtención y uso de información (en lo que respecta a los esfuerzos iniciales y al desarrollo de la amenaza). Este modelo sostiene que la simulación mental es importante, ya que la representación de escenarios imitativos de hechos reales o hipotéticos ayudará a establecer un plan más adecuado para afrontar el potencial estrés.

Greenglas (2002) propone un modelo teórico en el cual el afrontamiento actúa como variable mediadora en la relación entre los recursos y los resultados de la acción de afrontamiento. Según el autor, los recursos provienen de factores internos, como el optimismo, las creencias de autoeficacia, los aspectos afectivos y cognitivos que definen la competencia percibida para hacer frente a una situación y los factores externos. Este autor sostiene que el afrontamiento reduce los síntomas de depresión, *burnout* e incluso sentimientos negativos como la ira. Visto como una estrategia positiva con el objetivo de lograr eficacia personal y satisfacción con la vida, el afrontamiento también produce efectos positivos en la vida de las personas. Para el autor, este tipo de afrontamiento se basa tanto en las estrategias de planificación y prevención con el logro de los objetivos autorregulados proactivamente como en el logro de los objetivos y uso de los recursos sociales.

Schwarzer y Taubert (2002), en un estudio de revisión, argumentan que el afrontamiento se relaciona positivamente con la autoeficacia general, con la planificación y con las dificultades. Lopes, Cunha y Pereira (2008) estudiaron la

relación entre el optimismo y el pesimismo y el afrontamiento proactivo. Llegaron a la conclusión de que podría existir una influencia positiva del optimismo sobre el afrontamiento proactivo. Serrani (2008) trató de verificar en qué medida el afrontamiento está relacionado con los recursos sociales. Los resultados de su estudio sugieren que el afrontamiento y los recursos sociales tienen, de hecho, una contribución positiva y significativa.

Brandstadter (1989, citado en Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005) sostiene que las personas de edad avanzada siguen desarrollando formas concretas de afrontamiento cuando lo necesitan para hacer frente a las dificultades. El autor recomienda un modelo de proceso dual de afrontamiento que distingue dos tipos básicos de afrontamiento, el asimilativo (o de asimilación) y el acomodativo (o de acomodación). La primera se refiere a la tentativa, por parte de los individuos, de disminución de la pérdida actual o prevista. El afrontamiento acomodativo se produce cuando los individuos adoptan objetivos con un menor nivel de demanda que les permitan volver a sentir autoeficacia y autocontrol en sus vidas.

Según Bagheri-Nesami, Raffi y Oskouie (2010), la percepción de las estrategias de afrontamiento y sus consecuencias para el bienestar son fundamentales para que las personas mayores vivan un envejecimiento saludable. En este sentido, unas estrategias insuficientes de supervivencia pueden provocar un aumento de la susceptibilidad a la enfermedad (Merlo et al., 2000). Levy, Slade, Kunkel y Kasl (2002) encontraron que los individuos con percepciones más positivas del envejecimiento vivían una media de 7,5 años más que aquellos que tienen percepciones menos positivas. Los estilos de afrontamiento más utilizados por las personas mayores parecen ser, según Vivan y Argimon (2009), el autocontrol y la resolución de problemas. La primera se refiere a la adaptación de los sentimientos y acciones. La segunda está relacionada con el esfuerzo para la solución del problema. Las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas de edad tienen influencia sobre su funcionamiento social y moral. Influyen en el funcionamiento social porque la persona de edad avanzada muestra un mejor desempeño social, tiene más recursos para sí misma y presenta una mayor eficiencia intelectual. Así mismo, mantiene mayor ajuste moral en relación a lo que piensa de sí misma y de sus condiciones de vida (Guedea et al., 2006). Según estos autores, estos recursos pueden y deben promoverse para garantizar que las personas de edad avanzada

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los
alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

experimentensu propio envejecimiento de la manera más saludable posible.

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los
alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

Capítulo 3. Las Universidad de los Mayores

3.1. Caracterización de las Universidad de los Mayores en Portugal

Las Universidades de la Tercera Edad (UTE), también llamadas Universidades de los Mayores, aparecen como dispositivos definidos de la educación para las personas mayores en Francia, en el año 1972. Pierre Vellas, su fundador, comprobó que, respecto de las personas mayores, las políticas implantadas en los países más desarrollados y la labor de las organizaciones internacionales eran bastante escasas, especialmente en cuanto a la formación y educación (Dopson, 2004; Groombridge, 2003; Hebestreit, 2006; Swindell, Thompson, 1995; Yenerall, 2003; Williamson, 2000). Según Veloso (2004), la idea eracrear una universidad para las personas de la tercera edad sin distinción de clase social o nivel educativo previo, que tuviera como principio la ocupación productiva del tiempo libre a través de actividades esporádicas de carácter intelectual, artístico, físico y recreativo. Según el autor, la intención era reducir el aislamiento de las personas mayores, favoreciendo así la promoción de la salud, el bienestar y el interés por la vida. En el Reino Unido existió un movimiento similar, en Cambridge y en Londres, que surgió entre finales de la década de 1970 y comienzos del decenio de 1980 (Dopson, 2004; Glendenning, 2001; Groombridge, 2003; Midwinter, 2005). Actualmente podemos ver dos modelos principales en la organización de las universidades para personas mayores. En primer término, el modelo francés o continental, modelo pionero, con una visión de la educación formal en el sentido de organizar la asistencia a cursos de educación superior y de posgrado y, como modelo alternativo, el inglés o británico, más libre e independiente, que trata de desarrollar y estimular en mayor medida los aspectos sociales y el ocio. A diferencia del modelo anterior, el modelo inglés presenta la idea de la incorporación de profesores voluntarios, lo que hace que este modelo sea único, ya que opera sobre una base de ayuda mutua (Cachioni, 1998; Cachioni & Neri, 2008; Dopson, 2004; Glendenning, 2001; Groombridge, 2003; Hebestreit, 2006; Kerka, 1999; Midwinter, 2005; Swindell, 2002; Swindell, Thompson, 1995; Vera & Caldas, 2004). En estos casos, las personas más ancianas pueden desempeñar varias funciones al mismo tiempo; pueden ser estudiantes,

profesores, voluntarios, e incluso líderes que colaboran al desarrollo del currículo (Dopson, 2004; Formosa, 2011; Glendenning, 2001; Groombridge, 2003; Hebestreit, 2006; Jacob & Pocinho, 2013; Kerka, 1999; Midwinter, 2005; Swindell, 2002; Swindell & Thompson, 1995; Yenerall 2003; Williamson, 2000). La mayoría de las UTE en Portugal siguen el modelo inglés, caracterizado por acuerdos informales. Consiste en la realización de actividades que, según Bax (citado en Melo & Federighi, 1999), son "deliberadamente organizadas" y que ayudan a "desarrollar una identidad y una conciencia de sí mismos, y a ser capaces de tener en cuenta sus propias oportunidades en las relaciones sociales".

Las universidades para mayores portuguesas son una *respuesta educativa, con la que se pretende crear y fomentar las actividades sociales normales, la educación, la cultura y la convivencia, de personas de más de cincuenta años. Las actividades educativas se llevan a cabo sin propósitos de certificación y en el contexto de la educación permanente* (RUTIS, 2011, citado en Jacob & Pocinho, 2012; Hebestreit, 2006; Veloso, 2004). Por lo tanto, en el contexto portugués, las Universidades de la Tercera Edad (UTE) consisten en una respuesta educativa diseñada para las personas mayores de cincuenta años que tiene como objetivo principal crear y fomentar las actividades sociales normales, educativas, culturales y la socialización (RUTIS, 2011). De acuerdo con Mowly y O'Connor (1986, citado en Martin, 2007), las UTE están comprendidas en el concepto de formación a lo largo de la vida, y desarrollan programas de animación, de estimulación, de enriquecimiento personal, de formación y capacitación dirigida a las personas mayores. Según Jacob y Pocinho (2013), los estudiantes pueden, en este contexto, adquirir más conocimientos y experiencias en nuevas actividades, tales como la pintura, la informática, los idiomas, la gastronomía, el deporte, el arte y la cultura, entre otros. La frecuencia de las actividades depende de cada individuo y es gratuita y, aunque es necesario formalizar la inscripción previa, las tasas son simbólicas. Algunos afiliados a estas universidades están interesados en la investigación en el área de envejecimiento (Vera & Caldas, 2004). Las UTE están destinadas a la modificación de las actitudes de la sociedad de edad avanzada (Swindell, 2002; Swindell & Thomson, 1995; Williamson, 2000), la promoción de oportunidades de aprendizaje (Kerka, 1999), el fomento de la socialización (Midwinter, 2005) y la prevención y minimización de la soledad y el aislamiento (Nunes, 2000; Swindell,

2002), contribuyendo a la integración social y al crecimiento personal de las personas de edad avanzada (Glendenning, 2001; Vera & Caldas, 2004).

Portugal desarrolló la primera UTE en el año 1976, a través de la Universidade Internacional da Terceira Idade de Lisboa (UITIL), dentro del modelo inglés. Por tanto, el régimen de educación es de corte no formal, sin propósitos de certificación y dentro de un contexto de educación permanente (Monteiro & Neto, 2008). Hasta el año 2001 existieron pocas UTE establecidas en el territorio de Portugal y, principalmente, se encontraban en las ciudades de Lisboa y Porto. En esencia, a partir de ese año se inicia la creación de la red RUTIS (Associação Rede de Universidades da Terceira Idade) que, en el año 2005, ya se había expandido y ampliado extraordinariamente, pasando de 30 a 200 centros. Estas instituciones surgen, en Portugal, con el objetivo de promover la sana ocupación del tiempo libre de los jubilados, la promoción del envejecimiento activo y la integración social, la lucha contra el aislamiento y la soledad, el fomento de la convivencia, el mantenimiento de la actividad física e intelectual, la mejora de la calidad de vida y la promoción de la importancia del voluntariado. Dentro de la amplia gama de actividades que ofrecen estas estructuras, podemos encontrar actividades culturales, sociales, educativas y de socialización, alfabetización, clases de idiomas, historia, psicología, arte y música, bricolaje, salud, cocina, jardinería, medicina alternativa, deportes, baile, reuniones, celebraciones, distintas visitas y excursiones, así como distintos talleres y actividades relacionadas con grupos de teatro y coros. Las actividades que se llevan a cabo en horario laboral tienen períodos de descanso similar a la enseñanza formal (Monteiro & Neto, 2008). En concreto, las UTE, en Portugal, y de forma similar a lo que sucede en otros países, tienen como objetivos:

(a) fomentar la participación y la organización de las personas de edad avanzada en las actividades culturales, la ciudadanía, la educación y las actividades de tiempo libre

(b) fomentar el estudio de la historia, las ciencias, las tradiciones, la solidaridad, el arte, la tolerancia y otros fenómenos culturales entre las personas de edad avanzada

(c) ser un polo de servicios de información y difusión, de deberes y derechos

(d) desarrollar las relaciones interpersonales y sociales entre las distintas generaciones

(e) promover la investigación sobre temas de calidad (Jacob, 2012).

Cristianini (2001, citado en Jacob, 2012) argumenta que las UTE no se limitan sólo a la apertura de los cursos de capacitación ni se refieren exclusivamente al desarrollo intelectual de sus estudiantes, sino que tratan de promover la integración y la permanencia de las personas mayores en las estructuras sociales, así como contribuir a una mejor calidad de vida de esta población a través tanto de su contribución a la prevención del deterioro psicológico y social, como de la contribución a la investigación científica sobre el envejecimiento y de la sensibilización de la población acerca de la importancia de la inclusión social y la participación de la Comunidad. Finalmente, también es destacable su contribución en cuanto a la generación de un nuevo arte de vivir la tercera edad.

Portugal tiene, en la actualidad, aproximadamente 200 universidades e instituciones para personas mayores que están asociadas en la red RUTIS (véase figura 5).

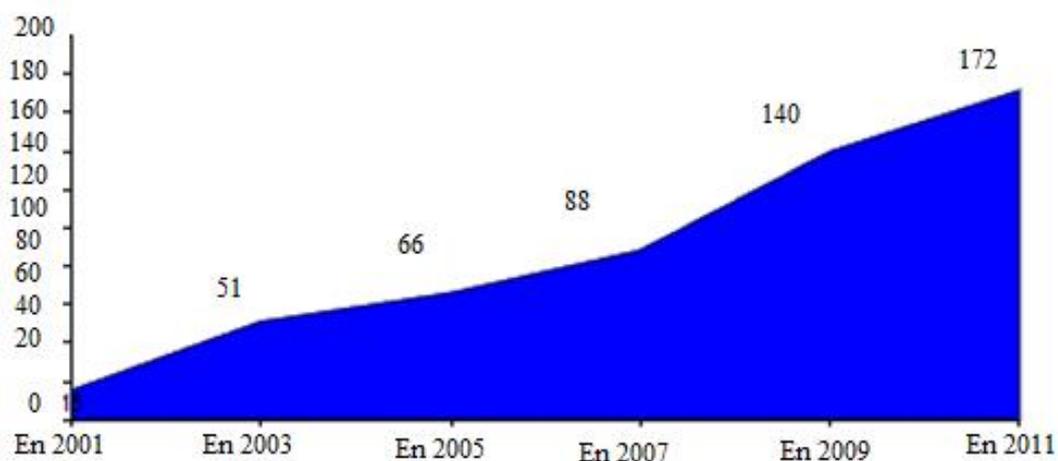


Figura 5. Evolución de las UTE. Fuente: Jacob (2012). Crear nuevos proyectos de vida. RUTIS.

En relación con la ubicación de las UTE en Portugal (véase Tabla 5) nos encontramos ante un fenómeno, fundamentalmente urbano (Jacob, 2012; Veloso, 2002).

Tabla 5. Ubicación de las UTE por distritos. Fuente: RUTIS, 2012.

	Nº.
Santarém, Coimbra, Leiria y Castelo Branco	39
Lisboa	32
Beja, Évora, Setúbal y Portalegre	26
Aveiro, Viseu y Guarda	25
Porto	17
Viana do Castelo, Braga, Vila Real, Bragança	16
Faro, islas y en el extranjero ¹	14

Según Jacob y Pocinho (2012), en la actualidad hay aproximadamente 30.000 personas que asisten a las UTE en Portugal. Este número ha sufrido una gran evolución en el nivel de las adhesiones si tenemos en cuenta que, en 2002, había 5000 estudiantes matriculados en estas UTE. Cada UTE tiene una media de 22 docentes y 150 estudiantes, la mayoría de los cuales se encuentra en el rango de edad entre 60 y 70 años de edad, y con un nivel de educación superior a los nueve años de escolaridad. Nunes (2000) sostiene que los estudios llevados a cabo en este ámbito indican que las personas de la tercera edad buscan actividades de la UTE para la adquisición y actualización de conocimientos, para fortalecer y aumentar su red social y de apoyo, para combatir la soledad y para permanecer activas. En la tabla 6 podemos ver la evolución del número de estudiantes, que nos permite concluir que los estudiantes son principalmente mujeres (76%) con edades entre 60 y 70 años (Jacob, 2012; Jacob & Pocinho, 2012; Nunes, 2000; Williamson, 2000). Williamson (2000) explica este fenómeno como un reflejo de

¹La primera UTE creada por portugueses en Sudáfrica (es el miembro 128 de la RUTIS).

la existencia de una gran variedad de actividades basadas en los intereses comunes del género femenino.

Tabla 6: Evolución del número de estudiantes, por sexo y porcentaje. Fuente: RUTIS (número de instituciones adheridas según año: * 51 ** 66 *** 102 y **** 172).

	2002*	2005**	2008***	2011****
Total	4.980	10.907	17.481	28.250
Hombres	21%	21%	22%	24%
Mujeres	79%	79%	78%	76%

De esta muestra, el 80% son jubilados o desarrollan sólo labores domésticas. Con respecto a las calificaciones obtenidas, éstas parecen ser muy diferentes a las de los estudiantes de grado: los estudiantes de la UTE entienden sus cursos de forma similar al desarrollo de un doctorado. De acuerdo con Jacob y Pocinho (2012), los ancianos de las UTE tienen como objetivos aprender, actualizarse y compartir sus conocimientos. Quieren mantener sus habilidades activas y buscan nuevas formas de placer intelectual, socializarse y conocer a nuevas personas, combatir el aislamiento social, crear nuevos proyectos de vida y participar en actividades recreativas y culturales. Por otro lado, el hecho de ser estudiantes, y la adquisición del rol social inherente, incrementa la autoestima y la sensación desarrollo personal. Según Jacob y Pocinho (2012), las personas de la tercera edad ofrecen un renovado sentimiento de importancia y finalidad, por lo que es de esperar que todo esto influya en la lucha contra la enfermedad y en la conquista de nuevas esperanzas. En un estudio realizado por Florindo (2008), se encontró que el 40% de las personas de la tercera edad que asisten a las UTE deciden volver a la escuela porque sienten la necesidad de aprender y mejorar sus conocimientos, y el 13% valora el mantenimiento de la proactividad. Más concretamente, según este autor, el 75% de estos alumnos considera que es importante tener ofertas de formación para los jubilados y al 43% le gustaría dedicarse a alguna actividad. Después de la jubilación, en el momento en el que la persona de edad

avanzada tiene que adaptarse a esta nueva etapa de su vida, las personas sienten una gran necesidad de estar ocupados y buscar actividades. Consideran que la inactividad facilita el aislamiento y estos programas ofrecen oportunidades para llevar a cabo el encuentro de nuevas amistades (Neto, 1999; 2000; Veloso, 2004).

En la actualidad existen cerca de 4000 profesores en las UTE portuguesas. Según Jacob y Pocinho (2012), cualquier persona puede asumir el rol de profesor/formador, aunque estos autores señalan que la disponibilidad y el conocimiento son los dos factores esenciales. De un total de 1041 profesores, el 60% son mujeres, con edades comprendidas entre 60 y 70 años, y poseen un nivel de escolaridad superior (70%). De estos 1041 profesores, el 90% participa en las clases de forma voluntaria. El 45% son jubilados, mientras que el 51% todavía se encuentra activo profesionalmente. El 4% restante está compuesto por docentes que se encuentran en una situación de desempleo. Globalmente, el 90% de los maestros muestran una valoración positiva de su actividad, refiriéndose a su labor como un acto satisfactorio (Jacob & Pocinho, 2012).

Las UTE también tratan de maximizar las capacidades intelectuales, la integración en la sociedad, el desarrollo de actividades deportivas y recreativas, el fortalecimiento de los vínculos de amistad y, en consecuencia, combaten el aislamiento, fomentan la transmisión de conocimientos y, por lo tanto, la sensación de utilidad y de confianza. Al integrarse en las UTE, las personas mayores desempeñan un nuevo rol, el de estudiantes. De este modo, se fijan nuevos objetivos y renuevan el sentimiento de importancia y propósito en la vida. Por lo tanto, las UTE desarrollan una multiplicidad de funciones. Así, actúan como un estímulo para el aprendizaje, mejoran la autoestima, ayudan a la recuperación de la autonomía y la independencia, fomentan la interacción social, reducen el estigma, mejoran la atención de la salud y aumentan el grado de satisfacción. Además, sirven como un estímulo para el aprendizaje, toda vez que la producción de conocimiento se encuentra en un proceso continuo y permanente. Por otra parte, sabemos que el aprendizaje puede retrasar las consecuencias del proceso de envejecimiento. Para poder estimular a las personas ancianas en el ejercicio de las funciones cognitivas e intelectuales elevadas, éstas deben mantener sus facultades mentales en un nivel óptimo. Es más, la mejora de la autoestima acompaña a la participación en diversas actividades recreativas. La recuperación de la autonomía y la independencia es posible en el sentido de que, en muchos casos, pueden existir

sentimientos negativos de inutilidad y de devaluación personal. Para participar en las actividades sociales, las personas mayores deben sentirse útiles y valoradas. En definitiva, la participación en esta formación a lo largo de la vida hace que tengan más confianza en sí mismos. La interacción social, tal y como se ha mencionado anteriormente, es un factor fundamental para la calidad de la enseñanza y, además, es una necesidad del ser humano, ya que todos tenemos que relacionarnos con los demás, para tener sensación de pertenencia y coherencia con un grupo (Santos, Pocinho, Ferreira, Santos & Pais, 2013).

Según Silva (2002), las UTE han demostrado ser excelentes oportunidades de socialización, educación y formación de competencias específicas. Por tanto, la formación en esta etapa de la vida, así como otras medidas, presenta múltiples ventajas a nivel psicológico (Swindell, 1999, 2002; Swindell y Thompson, 1995; Osorio, 2007; Paul, , 1995; 1996; 2005; Pinto, 2007) y social (Martin, 2007; Swindell, 2002).

3.1.1. La importancia de las Universidades de la Tercera Edad en la calidad de vida de las personas mayores

Como se ha mencionado anteriormente (véase capítulo 2), la calidad de vida se relaciona con el funcionamiento mental, social y físico en múltiples dimensiones de la vida de las personas: las relaciones sociales, la percepción de la salud, una buena condición física y la satisfacción con la vida. Los individuos se perciben, a la luz del envejecimiento exitoso, como sujetos proactivos que mantienen su calidad de vida y que acumulan los recursos que les permiten adaptarse a los cambios.

Las UTE, como respuesta social a la demanda de aprendizaje permanente, tienen como principales objetivos luchar contra los estereotipos y los prejuicios relacionados con el envejecimiento, promover la autoestima, fomentar la autonomía y la independencia, y mantener la integración social como producto final del envejecimiento exitoso (Pocinho, Pais, Santos, Nunes & Santos, 2013). Por esta razón, las actividades que proporcionan placer y satisfacción con la vida, que les hacen sentirse bien con ellos mismos, valorados, respetados e integrados socialmente, son beneficiosas y promueven el envejecimiento exitoso. De acuerdo con Cachionni (1998), la educación para las personas mayores tiene un carácter transformador y puede promover el envejecimiento

exitoso puesto que fomenta la flexibilidad cognitiva, el ajuste personal, el bienestar subjetivo y la imagen social positiva del envejecimiento ante la población general y ante el propio sujeto. Además, las actividades deportivas brindan numerosos beneficios para la salud física y mental. Según Spirduso (2005), las actividades físicas para las personas de edad avanzada mejoran su seguridad y condición física al reducir el riesgo de un mayor deterioro. Las actividades lúdicas, la práctica de deporte y la actividad física mejoran la capacidad funcional de las personas. La actividad física hace que sea posible, según Mazo (2004), una mayor longevidad, la reducción de la tasa de mortalidad, la disminución de los tratamientos farmacológicos prescritos, la mejora de la capacidad fisiológica, la prevención del deterioro cognitivo, la disminución de la frecuencia de caídas y fracturas y el mantenimiento de la independencia y de la autonomía. En lo que respecta a beneficios psicológicos, éstos también son variados, puesto que se produce una mejora de la autoestima, de la imagen, del contacto social y del sentimiento de placer con la vida.

Un estudio desarrollado por Jacob y Pocinho (2013) permite comprobar la percepción de la calidad de vida de los alumnos de las UTE. Los autores llegaron a la conclusión de que las UTE tienen, de hecho, un impacto positivo y significativo en la calidad de vida de esta población. Del número total de estudiantes, el 76% calificó su calidad de vida como buena o muy buena, en contraste con un porcentaje del 23% de las personas mayores que no asisten a las unidades de formación a lo largo de la vida. En cuanto a la pregunta "¿En las últimas cuatro semanas cree que ha estado tan triste que nada le ha motivado?", sólo el 6% de los estudiantes respondió afirmativamente. Los síntomas depresivos eran, a su vez, más frecuentes en el grupo de personas mayores que no asistieron a las UTE, con un porcentaje del 35%. Ante la pregunta: "¿En las últimas cuatro semanas se sentía feliz?", el 77% de los estudiantes respondió que se sentía feliz siempre o durante la mayor parte del tiempo. Sólo el 42% de los estudiantes dijo que no se sentía feliz. Debemos señalar que la percepción del estado de salud presentaba poca diferencia entre los dos grupos: el grupo de estudiantes, tenían la percepción de una salud muy buena o buena (12%) frente al 8% en el grupo de no estudiantes. Este resultado pone de manifiesto la importancia de las actividades de ocio, ocupación y convivencia social en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

Alcidio (2010) llevó a cabo una investigación para comprobar la importancia de

las UTE en la calidad de vida y la soledad de los estudiantes mayores. Incluyó dos grupos de personas, los estudiantes mayores de las UTE y otras personas de edad que no asistían a ninguna UTE. El autor pudo comprobar que, de manera general, los participantes en las UTE mostraron una mayor calidad de vida en comparación con el grupo de los no estudiantes. Los mismos resultados se han producido respecto a la variable soledad, es decir, que las personas mayores que asisten a estas instituciones muestran un menor grado de soledad. Además, el autor realizó un análisis de correlación entre la variable soledad y la calidad de vida de las dos muestras evaluadas. En relación con este aspecto, se comprobó que el componente físico y la calidad de vida correlacionan significativamente y de manera inversa con la variable soledad, es decir, cuanto mejor es la percepción de la calidad de vida, menor es la soledad. El autor añade que estos resultados pueden ser la razón que llevó a las personas de edad a registrarse en las UTE, con el objetivo de minimizar su aislamiento social, reducir los sentimientos de tristeza y depresión, permanecer activas y buscar actividades gratificantes que permitan dar un nuevo sentido a sus vidas. Esta investigación nos ha permitido corroborar los resultados de otras investigaciones en esta área, en particular aquellos que subrayan la función de las UTE como respuesta social a algunas variables que pueden acompañar al envejecimiento, puesto que desarrollan un conjunto de acciones y estrategias que permiten la reducción del aislamiento social y la soledad, así como la mejora de la calidad de vida mediante el fomento de un envejecimiento activo de los estudiantes mayores.

Chambel, Castro, Ramos y Cruz (2012) realizaron una investigación con el objetivo de comprobar hasta qué punto la frecuencia de asistencia a las UTE es un factor de satisfacción de las personas. La muestra del estudio estaba compuesta por dos grupos, un grupo de estudiantes mayores de las UTE y otro compuesto de personas mayores que asistían a un Centro de Día. De esta manera, se pretendía comparar los resultados entre estos dos tipos de respuesta social a las personas mayores. Los autores descubrieron que las personas que asistieron a las UTE muestran un mayor nivel de satisfacción con la vida. En cuanto a los estudiantes de la UTE, el 90,48% presentaron niveles de satisfacción por encima de la media, a diferencia de los usuarios de centros de día, de los que sólo el 40% tenía niveles de satisfacción por encima de la media. De esta manera, los autores concluyeron que las UTE son una respuesta social que fomenta

el incremento de la satisfacción y la calidad de vida de esta población específica.

Marconcin y Real (2010) realizaron un estudio para examinar lo que la UTE representa para las personas mayores. Establecieron cuatro categorías de respuestas estandarizadas: (1) las UTE aumentan el conocimiento; (2) las UTE aumentan el contacto social; (3) las UTE permiten ocupar el tiempo libre de forma útil y (4) las UTE me hacen volver al pasado. El análisis cuantitativo de la frecuencia de cada una de las categorías mostró que el contacto social es la característica más citada. A continuación, el aumento del conocimiento, y en tercer lugar, la vuelta al pasado y la ocupación del tiempo libre de forma útil. Según Silva (1999), el aumento de la red de contactos sociales permite el incremento del bienestar subjetivo, el aprovechamiento de los recursos personales y el desarrollo del sentido de la autonomía. Las relaciones sociales son un factor fundamental de envejecimiento exitoso y permiten percibir la calidad de vida como una red social positiva, la promoción y el fortalecimiento de los recursos personales, la facilitación de la comparación social y la reestructuración del autoconcepto.

3.1.2. La lucha contra la soledad

La soledad es un fenómeno complejo y su significado es amplio y subjetivo. La literatura nos muestra que existen varios enfoques teóricos y metodológicos que han puesto de relieve diversas causas y manifestaciones de este fenómeno.

Según Sousa, Figueiredo y Cerqueira (2004, citado en Santos, Pocinho, Nunes & Santos, 2013), la soledad es un sentimiento subjetivo, una percepción de la privación de los contactos sociales o de la falta de personas disponibles, con la intención de compartir experiencias sociales y emocionales. En este sentido, se destaca la existencia de una relación significativa entre la soledad, el aislamiento y el hecho de vivir solo. De hecho, todos podemos estar rodeados de gente, y aun así sentir una enorme soledad. Por otra parte, podemos vivir varios años en una casa solos y no tener la sensación de soledad. Rebelo (2009) define este fenómeno como *un estado mental doloroso y persistente, lo que hace que el individuo se sienta alejado o rechazado por sus*

compañeros.

Paúl (1995) considera que la soledad es un estado emocional que hace que los individuos eviten el aislamiento. El autor cree que hay una tendencia de los individuos a mantener proximidad entre sí con el objeto de garantizar la sensación de seguridad y de la identidad personal (citado en Santos, Pocinho, Nunes & Santos, 2013). Aunque no hay un consenso entre los distintos autores, hay algunos aspectos que aparecen en todas las definiciones. Todos creen que la soledad es una experiencia subjetiva y que puede ser una experiencia muy desagradable cuando se trata de diseñar el futuro (Peplau & Perman, 1982; Neto, 1989; 1992, 2000).

Para examinar la sensación de soledad, Rubenstein y Shaver (1982, citado en Neto, 2000) realizaron un estudio sobre la prevalencia de cuatro sentimientos: desesperación, depresión, aburrimiento e impaciencia. Los participantes se caracterizaron por ser pesimistas, temerosos y revelar una pobre interacción social. Según Pocinho, Pais, Santos, Nunes y Santos (2013), los cambios, la pérdida de roles sociales, la institucionalización, la viudedad y el deterioro de la salud física y mental parecen estar asociados al aislamiento social. Un estudio llevado a cabo por Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg y Pitkala (2005) demostró que los ancianos que viven en las zonas rurales sufren, con más frecuencia, este tipo de fenómeno.

La jubilación es una nueva etapa que exige una importante adaptación por parte de las personas mayores. Esto se torna perceptible por el cese en sus hábitos y rutinas diarias, la pérdida de funciones sociales inherentes a su profesión y el contacto con los compañeros de trabajo. Por ello es fundamental estimular la participación social de esta población, el despertar a nuevas actividades, el redescubrimiento de intereses y posibilidades, el contacto social, la participación con sus compañeros y el establecimiento de nuevas amistades, que contribuirán de forma significativa al bienestar, no sólo físico sino también psicológico. Recordemos que fomentar la satisfacción con la vida significa aumentar la calidad de la misma (Capitanini, 2000; Figueiredo, 2007; Oliveira, 2005, 2008; Paúl, 1996, 2005; Ramos, 2002; Sequeira & Silva, 2003).

3.2 Aprendizaje y formación a lo largo de la vida

Según Jacob y Pocinho (2012), la educación es un arma muy poderosa de desarrollo personal y social en nuestros días. Enseñanza y aprendizaje son conceptos que están relacionados pero que no son, en absoluto, sinónimos (Simões, 2007). El aprendizaje es un cambio más o menos permanente, resultado de la práctica. Esto es lo que le permite al individuo adaptarse a múltiples situaciones que surgen en el curso de su vida. A partir de los mecanismos internos de aprendizaje, como los cambios en el nivel de sus estructuras cognitivas, emocionales y motivacionales, se producirán nuevos comportamientos y nuevas actitudes (Jacob & Pocinho, 2012). De esta manera, el aprendizaje permite a las personas adaptarse a nuevas situaciones.

Según Maslow (1985, citado en Simões, 1989), el aprendizaje es un fenómeno distinto de la educación. Ésta consiste en un proceso de formación del carácter de la persona, en aprender a crecer, a dirigir su crecimiento y discernir el bien del mal, para tomar las mejores decisiones para cada persona. Para Simões (2007), la educación permite al ser humano ser alguien mejor, más humano y, por lo tanto, el autor considera que la educación es un factor positivo, que permite el desarrollo de un cambio que será a mejor. Según este autor, *educar es aprender a ser, a ser mejor* (Simões, 1989).

Según Jacob y Pocinho (2012), el desarrollo del aprendizaje a lo largo de la vida es relativamente reciente en Portugal. Según estos autores, fue en el año 2000 con el *Memorando sobre a Aprendizagem ao Longo da Vida*, que se le otorgó importancia a éste, de acuerdo con la Estrategia de Lisboa. La educación de adultos comenzó en Portugal en la década de 1950 desde el plano de la llamada Educación Popular, con el objetivo de aumentar la enseñanza obligatoria, a través de la dotación de recursos a la educación de adultos. En 1979 se trató de promover permanentemente la educación de adultos a través del Plan Nacional de Alfabetización y Educación. En este caso, se planteó una vía educativa informal. Por último, en 2005, se desarrolló la iniciativa *Novas Oportunidades*. Este programa consistió en una oferta educativa y formativa más importante para la población de adultos mayores, con el objetivo de elevar el nivel de formación y cualificación. En el año 2008 hemos sido testigos de la creación de la

Associação Direito de Aprender, que surge con el objetivo de promover y debatir la educación y la formación como un derecho inalienable de las personas adultas (Jacob & Pocinho, 2012).

Ante el progresivo envejecimiento de la población de Portugal, surge la necesidad de crear un modelo teórico y pedagógico específico para adultos y ancianos, un modelo en el que no sólo se favorezca la cualificación profesional. Es en este contexto en el que surgen los conceptos de gerontopedagogía y gerontología educativa. El concepto de gerontología educativa fue utilizado por primera vez en la Universidad de Michigan, en 1970, en un programa de doctorado, con el objetivo de abordar los problemas inherentes a la educación de las personas de edad avanzada. En 1976, Peterson propone una definición de gerontología educativa como el campo de estudio y práctica de métodos y técnicas de enseñanza en el ámbito de las personas mayores, con el fin de integrar las instituciones y los procesos de educación con el conocimiento del proceso de envejecimiento y de las necesidades de las personas mayores (Glendenning, 1985; Peterson, 1990). Según el autor, la Gerontología Educativa comprende tres áreas esenciales: (a) la educación para las personas de la tercera edad, con programas educativos que están dirigidos a las necesidades de la población de la tercera edad; (b) la educación para la población general sobre la vejez y los ancianos, que incluyen programas educativos, como el espacio intergeneracional que plantea a la población más joven una revisión de los conceptos de la vejez y envejecimiento; y (c) la formación de recursos humanos para trabajar con personas mayores, con la formación técnica de los profesionales que prestan servicios dirigidos a la persona de edad avanzada (Glendenning, 2001; Peterson, 1990; Thorton, 1992). Thorton (1992) destaca dos niveles que surgen de la definición de Gerontología Educativa propugnada por Peterson, el nivel individual y el nivel profesional. A nivel individual, las necesidades instrumentales y expresivas requieren transiciones asociadas con el proceso de envejecimiento de la persona de edad avanzada como la preparación para la jubilación, el tiempo dedicado al ocio, las actividades en la comunidad, la preparación para mantener y mejorar el bienestar físico y mental, la preparación para los cambios en el nivel de las funciones familiares y sociales, la preparación para distintos estilos de vida y la preparación para las posibles pérdidas significativas que se producirán. Por otro lado, a nivel profesional, destacan las inquietudes educativas que promueven los nuevos

conocimientos sobre el proceso de envejecimiento y el bienestar de las personas con sus familias.

Para la Gerontología Social, todas las personas mayores pueden aprender y ser capaces de gestionar sus vidas competentemente, pudiendo realizar, además, contribuciones productivas para la comunidad. Según Thorton (1992), la Gerontología Educativa debe considerarse tanto como un método de organización de enseñanza e instrucción, facilitación y aprendizaje como una intervención social para personas de edad avanzada. La educación continua es considerada, en este contexto, fundamental para la adaptación de la persona de edad avanzada en un entorno que cambia constantemente. Esto permite el desarrollo personal de todos los individuos, así como la apertura de nuevos horizontes.

Magalhães (2011) argumenta que la gerontología educativa permite el análisis de los cambios psicológicos, afectivos y cognitivos que se producen en las últimas etapas de la vida. Así pues, en resumen, la importancia de la educación en la tercera edad radica en:

- a) promover la autosuficiencia y la independencia de las personas, reduciendo así la carga sobre los recursos públicos y privados
- b) fomentar estrategias de afrontamiento para superar sus problemas
- c) fortalecer su contribución actual o potencial a la sociedad
- d) promover el equilibrio y la comprensión a través de la autoconsciencia y la comunicación de experiencias
- e) como una función importante para muchas personas mayores que están deseosos de aprender y de expresarse (Groombridge, 1982, citado en Swindell y Thompson, 1995).

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los
alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

II. Metodología

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los
alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

1. Caracterización de la muestra

La muestra del presente estudio fue recopilada en varias Universidades de la Tercera Edad a nivel nacional de Portugal. Esta muestra busca representar el territorio portugués en todas sus regiones. No fue posible obtener datos sobre la región del Algarve. Por lo tanto, el análisis incluyó datos de los territorios del norte, centro, Alentejo y los archipiélagos (Madeira y Açores).

En total, la muestra estuvo compuesta por 363 sujetos, todos inscritos y asistentes a las Universidades de la Tercera Edad portuguesas. No se establecieron límites de edad para participar en este estudio, el criterio de inclusión se ciñó a las personas mayores estudiantes de una Universidad de la Tercera Edad en Portugal.

2. Materiales utilizados

2.1. Protocolo de Evaluación

Los instrumentos presentes en el protocolo de evaluación fueron seleccionados teniendo en cuenta los objetivos de análisis de este estudio, así como la población objeto de estudio. Se ha tenido especial cuidado en establecer un orden concreto en la administración de los instrumentos, teniendo en cuenta las escalas relativas a sintomatología depresiva y ansiosa, de modo que no influyeran en las respuestas de los participantes en los demás instrumentos. La evaluación tuvo una duración media de 30 minutos y su administración ha seguido el siguiente orden: Cuestionario de datos sociodemográficos; Escala de Satisfacción con la Vida (*Satisfaction With Life Scale*, SWLS; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985); Escala de Soledad de la Universidad de California, Los Ángeles - UCLA (Russell, D. W., 1988; traducción al portugués de Neto, F., 1989); Escala de Depresión Geriátrica 30 (GDS-30; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008), y el Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI; Pachana et al., 2006; versión experimental: Ribeiro, Paul, Simões & Firmino, 2011).

A continuación, presentamos los instrumentos relativos al protocolo de evaluación.

2.1.1. Cuestionario de datos sociodemográficos

El cuestionario de datos sociodemográficos permite obtener información sobre las variables sociodemográficas a los efectos de desarrollar el perfil de los estudiantes que asisten a las Universidad de la tercera edad en Portugal. Éste se encuentra compuesto por preguntas sobre el género, edad, estado civil, zona geográfica de residencia, personas con quien convive el participante, es decir, su hogar, su actual situación profesional (si el sujeto está, o no, jubilado), cuál era su profesión durante el período laboral, y su nivel de escolaridad. Al final del cuestionario se realizaron tres preguntas para los participantes en las Universidades de la Tercera Edad, enfocadas a lo relativo a su motivación para la participación en las actividades que se ofrecen y el conocimiento de la existencia de estos espacios de aprendizaje.

2.1.2 Escala de Satisfacción con la Vida - *SWLS*

La Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985) es uno de los instrumentos más utilizados para valorar el bienestar subjetivo. Permite evaluar el juicio subjetivo (positivo y negativo) que los individuos hacen acerca de la calidad de sus vidas en un sentido general, así como en campos específicos (Pavot & Diener, 1993). Esta escala mide la satisfacción con la vida como un proceso de juicio cognitivo. Por lo tanto, los elementos de la *SWLS* son globales. Los encuestados elaboran, de este modo, un juicio sobre la satisfacción general de la vida.

En su principio, la *SWLS* fue construida en base a 45 ítems. Éstos componen tres factores: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. Pavot y Diener (1993) redujeron la escala a 5 ítems. Según los autores, este formato hace que la escala sea más precisa, optimizando el tiempo de realización. Por lo tanto, en su versión abreviada, la escala *SWLS* se compone de un total de cinco frases como, por

ejemplo, "mis condiciones de vida son excelentes" y "hasta ahora, me las arreglé para conseguir lo que era importante en la vida", que son formulados de manera positiva. La escala de respuesta es tipo Likert de 7 puntos, que varía entre "muy en desacuerdo (1) y "muy de acuerdo" (7). La puntuación total es la suma de la puntuación de los 5 ítems, que oscila entre un mínimo de 5 puntos (baja satisfacción) y el máximo de 35 puntos (alto grado de satisfacción). La puntuación de 20 puntos representa el punto medio.

Con respecto a la validez de la escala, de acuerdo con Pavot y Diener (1993), la escala *SWLS* ha demostrado una fuerte consistencia interna y estabilidad temporal. Presenta un coeficiente alfa de 0.87 y estabilidad test-retest de 0.82.

La validez de constructo de la *SWLS* es visible por medio de correlaciones positivamente significativas que se presentan con otros instrumentos de evaluación encargados de medir el bienestar y la satisfacción con la vida (Diener et al., 1985; Pavot et al, 1991).

Recordemos que la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo son construcciones independientes. Hay estudios que apuntan hacia una alta validez discriminante de la escala (Pavot & Diener, 1993; Lucas, Diener & Suh, 1996; Eid & Diener, 2004).

La adaptación de la escala *SWLS* para la población portuguesa se llevó a cabo inicialmente por Nieto y colaboradores (1990) y, posteriormente, por Simões (1992). En esta adaptación, la escala *SWLS* mostró buenas cualidades psicométricas y una estructura unifactorial como dimensión cognitiva de bienestar subjetivo (Simões et al., 2001). En principio, Simões (1992), en una muestra compuesta por 74 estudiantes de la Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra y 130 adultos de varias profesiones, corroboró los resultados de Diener y colaboradores (1985). Se encontró que el ítem 5 mostró una menor convergencia con el resto de ítems. Posteriormente, Simões et al. (2001) realizó un estudio con 113 personas de la tercera edad seleccionados de diversas instituciones de la ciudad de Coimbra. El autor constató que la escala *SWLS* presenta buenas propiedades psicométricas para evaluar la satisfacción con la vida en la población geriátrica. La validez de constructo es visible por medio de correlaciones positivamente significativas con otros instrumentos de evaluación de bienestar y satisfacción con la vida (Diener et al., 1985; Pavot et al., 1991). Además, el instrumento se encuentra relacionado con variables como la

depresión, el efecto negativo, la ansiedad y neuroticismo de forma directa o indirecta (Diener et al., 1985; Pavot & Diener, 1993). Diener et al (1985) definen la escala *SWLS* como un instrumento adecuado para evaluar muestras de diferentes edades.

Nunes (2009) realizó un estudio para comprobar el bienestar subjetivo en las personas mayores que asisten a actividades intergeneracionales. Para evaluar su satisfacción con la vida el autor utilizó la Escala de Satisfacción con la Vida (*SWLS*). El autor encontró que la escala *SWLS* presenta un índice de consistencia interna de 0,86 y se aproxima a la obtenida por los autores de la escala, con un alfa de 0,87 (Diener et al., 1985). Los resultados muestran que el bienestar subjetivo correlaciona positivamente con las actividades intergeneracionales, es decir, cuanto mayor sea la participación de las personas de edad avanzada en estas actividades, mayor será su nivel de bienestar subjetivo.

En una investigación de carácter exploratorio llevada a cabo por Marconcin y Real (2010) para comprobar el bienestar subjetivo en los estudiantes de las Universidades de la Tercera Edad que practican ejercicio físico en la ciudad Porto, los resultados muestran que las personas que presentan un mayor nivel de bienestar subjetivo son los estudiantes del sexo femenino, con un nivel de escolaridad por encima de cuarto curso de primaria, casados o en unión de hecho. Con respecto a la actividad física, los resultados del estudio mostraron que las personas de mayor edad que asisten a las Universidades de la Tercera Edad y practican actividad física presentan un mayor bienestar subjetivo en comparación con aquellos que no practican deporte.

Rua (2008) estudió la satisfacción con la vida de las personas mayores con escasos recursos económicos y que viven solos. Los resultados mostraron que, en esta muestra, la satisfacción con la vida correlaciona negativamente con la tendencia a estados depresivos: la satisfacción con la vida aumenta cuando la tendencia a la depresión disminuye. De la misma manera, la satisfacción con la vida correlacionó de forma inversa y moderada con la sensación de aislamiento, es decir, la satisfacción de la vida aumenta cuando las personas se sienten menos solas y aisladas. En relación con la satisfacción de vida percibida por este grupo, los resultados mostraron que las personas de edad avanzada en condiciones socioeconómicas más bajas muestran un bajo nivel de satisfacción con la vida. Estos datos son corroborados por Paúl et al. (2005), que sostienen que las personas de edad avanzada desarrollan sentimientos de soledad e

insatisfacción con la vida cuando las condiciones económicas son desfavorables. La literatura nos muestra un efecto predictor de la calidad y la satisfacción con la vida a través de la situación económica (Simões, 1992; Paúl et al., 2005).

Estos estudios, al igual que otros encontrados en la literatura, de muestran alta validez y la fiabilidad de la escala *SWLS* en términos de constructo, específicamente para la población de edad avanzada.

2.1.3 Escala de Soledad de la Universidad de California- Los Angeles (UCLA)

La Escala de Soledad de la UCLA (Russell, 1988; traducción al portugués de Neto, 1989) surge como un instrumento psicométrico adecuado y de fácil aplicación para valorar el fenómeno de la soledad. Esta escala da lugar a una versión final de 20 ítems, estando 10 redactados de manera positiva y el resto de los 10 de forma negativa. Los ítems se miden en una escala de cuatro respuestas alternativas: nunca, rara vez, algunas veces, muchas veces. La Escala de Soledad de la UCLA es corta y de fácil administración, altamente fiable y parece ser válida tanto en la evaluación de la soledad o en la discriminación entre la soledad, como para evaluar otros constructos relacionados con éstos (Neto, 1992).

La adaptación de la escala para la población portuguesa se llevó a cabo por Neto (1989), que, a diferencia de la original, está conformada por 18 ítems. Las personas responden a una escala Likert de 4 puntos: "nunca" (1) hasta "muchas veces" (4). La puntuación total se obtiene por la suma de todos los ítems, encontrándose la mitad formulada de manera invertida (ítems 1, 4, 5, 8, 9, 13, 14, 17 y 18); el resultado global puede variar entre un mínimo de 18 puntos y un máximo de 72. Una puntuación inferior indicaría la existencia de satisfacción social y, por lo tanto, una menor sensación de soledad. A su vez, una alta puntuación total se traduciría como un sentimiento de soledad.

En lo que se refiere a la validez de la versión en portugués, Neto (1989) argumenta la existencia de una buena consistencia interna y validez concurrente. Se encontró una correlación estadísticamente significativa ($r=0,46$; $p<.001$) entre la auto-evaluación sobre la soledad y la puntuación global obtenida. La validez de la escala se

evaluó en tres maneras. En primer lugar, Neto encontró una correlación de 0,79 entre la puntuación total de la escala de soledad y las respuestas a un ítem de autoevaluación de la soledad. A continuación, se compararon los resultados obtenidos de soledad de una muestra clínica con los resultados de los estudiantes. Las diferencias fueron estadísticamente significativas. Las puntuaciones de soledad resultaron encontrarse fuertemente relacionadas con la intensidad de los sentimientos, los cuales, según el autor, pueden asociarse a la soledad, la depresión, la ansiedad, la insatisfacción, la insatisfacción y la timidez. Además, Neto propuso una versión breve de 6 ítems enfocado estrictamente al constructo de soledad.

Uno de los problemas que podríamos señalar consiste en la deseabilidad social, un estigma asociado al fenómeno de la soledad. En este sentido, los sujetos pueden falsear sus respuestas cuando son preguntados abiertamente sobre sus sentimientos o su situación de soledad. Sin embargo, en la elaboración de la escala, no se trata de preguntar directamente sobre el tema de la soledad. Por lo tanto, la Escala de Soledad de la UCLA se presenta como una escala breve, de fácil aplicación, y que busca evaluar el fenómeno de la soledad de una manera indirecta y válida.

Existen numerosos estudios realizados con la población de edad avanzada en los que la soledad es evaluada por la escala UCLA. Teixeira (2004) realizó un estudio exploratorio para examinar la soledad, la depresión y la calidad de vida de las personas mayores. El autor postula la utilidad de la UCLA para analizar la existencia de sentimientos de soledad en la población de la tercera edad. Otra ventaja citada por el autor fue su administración rápida y fácil. El estudio exploratorio realizado por Teixeira nos ha permitido comprobar que las personas de la tercera edad pertenecientes a la muestra seleccionada no mostraban síntomas de soledad presentando, a su vez, una percepción positiva sobre su calidad de vida. Tampoco mostraron sintomatología depresiva. El autor ha encontrado, en su estudio, que los resultados correlacionaron entre sí, es decir, cuanto mayor es el nivel de depresión, mayor sería el nivel de soledad. También apareció una correlación negativa entre estas dos variables y la calidad de vida, es decir, a más calidad de vida, menor será el nivel de soledad o depresión. Además, el autor ha examinado estas variables en función del entorno en el que los participantes viven (rural o urbano), verificando la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con respecto a las zonas urbanas y rurales en cuanto a

depresión, soledad y calidad de vida. Los resultados revelaron que las personas de la tercera edad que viven en las zonas rurales presentan niveles de depresión y soledad significativamente más bajos que las personas que viven en las zonas urbanas. Estos datos son corroborados por varios estudios en la literatura, donde se ha constatado que estos síntomas son predominantes en las personas que viven en zonas urbanas (Lawton, 1983, 1989 citado en Sequeira & Silva, 2003; Fonseca, 2005; Paul et al., 2005; Sequeira & Silva, 2003). Estos resultados permiten mostrar la validez y fiabilidad de la Escala de Soledad de la UCLA.

Fernandes (2007) realizó un estudio para verificar si las personas de la tercera edad que viven en un ambiente rural experimentan, o no, soledad. El autor evalúa la existencia de la soledad a través de la Escala de Soledad de la UCLA. Los resultados ofrecen varias conclusiones. Con respecto a la ocupación del tiempo libre, las personas de la tercera edad que ocupan en mayor medida su tiempo libre no mostraron síntomas de soledad; por otra parte, las personas de edad avanzada que perciben su salud de manera positiva no presentan síntomas de soledad y las personas que viven en las zonas rurales no muestran síntomas de soledad.

Oliveira (2011) realizó un estudio exploratorio para examinar las características psicológicas y los síntomas de la soledad en las personas mayores que viven en entornos urbanos, comparando dos grupos, el grupo de personas mayores que asisten a la Universidad de la Tercera Edad y un segundo grupo de personas de edad que no asisten a este tipo de institución. La soledad fue evaluada a través de la escala UCLA. Los resultados indicaron que las personas mayores que asisten a las Universidades de la Tercera Edad presentan menos síntomas de soledad que el grupo de personas que no asisten a este tipo de institución.

Pereira (2010) realizó un estudio exploratorio similar para evaluar la existencia de soledad y los síntomas de depresión en ancianos institucionalizados. Los resultados obtenidos mostraron altos niveles de síntomas depresivos y de soledad en estos sujetos. En síntesis, estos estudios permiten comprobar que la UCLA es un instrumento que evalúa la soledad y su relación con otros síntomas.

2.1.4 Escala de Depresión Geriátrica

La Escala de Depresión Geriátrica (*Geriatric Depression Scale*, GDS-30; Yesavage et al., 1983; versión en portugués de Barreto et al., 2008) está considerada, en la actualidad, como una de las escalas de autoinforme más utilizadas en la evaluación de los síntomas depresivos en la tercera edad. Este instrumento se ha diseñado específicamente para población geriátrica, y sus elementos se formularon teniendo en cuenta las características de la depresión en las personas mayores. Su objetivo fue evaluar sólo los síntomas afectivos y del comportamiento, seleccionando 30 ítems finales (Strauss, Sherman, & Spreen, 2006). Por tanto, se compone de 30 preguntas en las que el participante responde sí/no, teniendo como referenciala última semana. La puntuación varía entre 0 y 30, siendo un resultado entre 0 y 10 indicador de ausencia de sintomatología depresiva, entre 11 y 20 indicador de presencia de sintomatología depresiva leve y, por último, entre 21 a 30 indicador de sintomatología depresiva severa (Barreto et al., 2003).

2.1.5 Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI)

El Inventario de Ansiedad Geriátrica (Inventario de Ansiedad Geriátrica, GAI; Pachana et al., 2006; versión experimental: Ribeiro, Pablo, Simões & Firmino, 2008) pretende evaluar la severidad de los síntomas más comunes de la ansiedad en la población de edad avanzada, a través de varios contextos (por ejemplo, residencias geriátricas, centros de día, etc.). Muchos instrumentos desarrollados para evaluar los síntomas ansiosos fueron desarrollados para población joven (Yesavage et al., 1983), así como sus normas cuidadosamente establecidas (Yasavage et al., 1983).

El GAI fue construido para evitar los problemas inherentes a las medidas de autoinforme. Esta escala nos permite valorar la existencia de síntomas ansiosos específicos en la población de la tercera edad. Los autores trataron de crear un instrumento de ejecución rápida, con el objetivo de minimizar los efectos de la fatiga; con respuesta dicotómica, para facilitar la respuesta a los contextos en los cuales los participantes tienen un bajo nivel educativo o deterioro cognitivo; y que minimizase los síntomas somáticos o afecciones médicas generales. En resumen, de fácil y de rápida

aplicación, el GAI puede ser administrado de manera autoaplicada e individual, de forma oral o por otros medios.

El inventario está compuesto por 20 ítems dicotómicos, en los que los participantes deben responder si están de acuerdo o en desacuerdo con las frases presentadas, teniendo en cuenta cómo los participantes se sintieron durante la semana pasada. Para cada respuesta, debe indicarse si "estoy de acuerdo", recibiendo por tal respuesta 1 punto. Se ha tenido en cuenta un punto de corte de 8/9 puntos para señalar la presencia de síntomas de la ansiedad.

La validación de la población portuguesa mostró que el GAI presenta una alta fiabilidad test-retest, con un coeficiente de fiabilidad de 0,99 y una consistencia interna de 0,96. También presenta una buena validez concurrente en relación con el *State Anxiety Inventory* ($r=0,631$; $p<0,001$), la *Geriatric Depression Scale* ($r=0,86$; $p < 0,001$) y el *General Health Questionnaire* ($r=0,763$; $p < 0,001$).

3 Procedimiento

El procedimiento metodológico utilizado consistió en un estudio basado en un protocolo de instrumentos de autoinforme y posterior análisis cuantitativo de los resultados obtenidos. La recogida de la muestra se realizó en varias Universidades de la Tercera Edad a nivel nacional, de forma incidental pero tratando de representar el territorio portugués en todas sus regiones. En todas las aplicaciones de la prueba, los participantes recibieron un conjunto de instrucciones con el objetivo de explicarles, de forma concisa, los objetivos generales del estudio, garantizando la confidencialidad y el anonimato. La participación fue de carácter voluntario. La administración tuvo una duración media de treinta minutos, sin imponer ningún límite en el tiempo para la cumplimentación de los cuestionarios. La aplicación de los instrumentos se realizó con un orden fijo, que fue respetado por todos los participantes. Además, la realización de los cuestionarios se llevó a cabo en una zona adecuadamente condicionada y aislada de ruido o estimulación externa.

Todos los protocolos se codificaban y fueron objeto de tratamiento estadístico con el software SPSS, en sistema operativo Windows, versión 20 (Statistical Package for the

Social Sciences).

4 Hipótesis

El presente estudio presenta una investigación desarrollada en las Universidades de la Tercera Edad existentes en Portugal. Se presenta como principal objetivo la caracterización del perfil sociodemográfico de los estudiantes que asisten a este tipo de espacios de aprendizaje y socialización, teniendo en cuenta diversas características, como la edad, el sexo, el estado civil, el hogar, la zona geográfica, la actual y la anterior actividad profesional y el nivel de educación, entre otros. Lo que se pretendía, además, era caracterizar esta población específica en relación con las principales razones que llevan a este colectivo a la entrada en las Universidades de la Tercera Edad, así como el tiempo que asisten a estos espacios y la manera en que conocieron la existencia de la misma.

Además de la caracterización del perfil, el presente estudio buscó comprobar el impacto que estos espacios tienen en la vida de sus alumnos. Se pretendía, por lo tanto, responder a las siguientes preguntas: (1) ¿Realmente los estudiantes mayores que asisten a las Universidades de la Tercera Edad muestran un alto grado de satisfacción con la vida?, (2) ¿Realmente las Universidades de la tercera edad tienen una contribución positiva en la lucha contra el aislamiento de la población de edad avanzada?; y (3) ¿Es posible que los estudiantes mayores que asisten a las Universidades de la Tercera Edad presenten síntomas depresivos y ansiosos o, por el contrario, estos espacios actúan como factor protector para el desarrollo de un trastorno depresivo o ansioso?

De esta manera, se formularon diversas hipótesis para el presente estudio. A continuación se agrupan las hipótesis mediante la evaluación de las variables "satisfacción con la vida", "soledad", "síntomas depresivos" y "síntomas ansiosos".

Satisfacción con la vida

Hipótesis 1: Los alumnos mayores presentan una alta satisfacción con la vida.

Hipótesis 2: La satisfacción con la vida es independiente del género, es decir, no existen diferencias entre los hombres y las mujeres respecto a sus niveles de satisfacción con la vida.

Hipótesis 3: Los estudiantes con más edad tienen menos satisfacción con la vida que los estudiantes de menor edad.

Hipótesis 4: La variable estado civil tiene un impacto negativo sobre la satisfacción con la vida, sobre todo en personas viudas.

Hipótesis 5: Las personas mayores que asisten a las Universidades de la Tercera Edad presentan más satisfacción con la vida.

Hipótesis 6: Los estudiantes más interesados en el aprendizaje y el mantenimiento de una cognición activa muestran mayor satisfacción con la vida.

Soledad

Hipótesis 7: Los estudiantes no presentan sentimientos de soledad.

Hipótesis 8: La ausencia de sentimientos de soledad se observa independientemente del género, es decir, los hombres y las mujeres no presentan diferencias respecto a la soledad percibida.

Hipótesis 9: A medida que la edad avanza hay, también, un aumento gradual de la existencia de sentimientos de soledad.

Hipótesis 10: Los estudiantes que viven en las zonas rurales tienen más sentimientos de soledad que los estudiantes que residen en zonas urbanas.

Hipótesis 11: Los estudiantes que asisten a las Universidades de la Tercera Edad durante más tiempo tienen menos sentimientos de soledad que los estudiantes que asisten menos tiempo.

Hipótesis 12: Los estudiantes que están a favor de la convivencia y el aprendizaje, como principal motivo para acudir a las Universidades de la tercera edad, presentan menos sentimientos de soledad.

Sintomatología depresiva

Hipótesis 13: Los estudiantes que asisten a las Universidades de la Tercera Edad

no muestran síntomas depresivos.

Hipótesis 14: Los estudiantes no presentan diferencias respecto a los síntomas depresivos en términos de género.

Hipótesis 15: Los estudiantes que residen en zonas rurales tienen una mayor tendencia a mostrar síntomas depresivos en comparación con los estudiantes que residen en zonas urbanas.

Hipótesis 16: Los estudiantes que se han jubilado muestran una mayor tendencia a desarrollar síntomas depresivos.

Hipótesis 17: Los estudiantes solteros y los estudiantes viudos tienen una mayor tendencia a desarrollar síntomas depresivos, en comparación con sus compañeros de mayor edad que están casados.

Hipótesis 18: Los ancianos que viven con sus cónyuges tienen una menor tendencia a desarrollar síntomas depresivos.

Sintomatología ansiosa

Hipótesis 19: Los estudiantes que asisten a las Universidades de la Tercera Edad no presentan síntomas ansiosos.

Hipótesis 20: Los estudiantes no presentan síntomas ansiosos diferenciales en relación al género.

Hipótesis 21: Se prevé una mayor tendencia al desarrollo de síntomas ansiosos en los estudiantes con edades más avanzadas.

Hipótesis 22: Se espera que los estudiantes mayores que residen en zonas rurales muestren una mayor tendencia a desarrollar síntomas ansiosos, en comparación con los alumnos que residen en zonas urbanas.

Hipótesis 23: Se espera que los estudiantes que sólo poseen educación básica, presentan mayor tendencia a desarrollar síntomas ansiosos, en comparación con los demás estudiantes.

Hipótesis 24: Los estudiantes no casados y viudos tienen una mayor tendencia a desarrollar síntomas ansiosos, en comparación con los alumnos de mayor edad que están casados.

Hipótesis 25: Los estudiantes que asisten más tiempo en las Universidades de la

Tercera Edad muestran una menor tendencia a desarrollar síntomas ansiosos.

Hipótesis 26: Los alumnos que se involucran en el aprendizaje y mantenimiento de una cognición activa poseen una menor tendencia a desarrollar síntomas ansiosos.

Tratamiento estadístico de los datos

Todos los análisis estadísticos en este estudio fueron realizados a través del *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 20 para Windows y del componente integrado, Amos, versión 18.

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los
alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

III. Resultados

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los
alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

1. Análisis descriptivo de la muestra

Género

La muestra total de este estudio está formada por 363 sujetos mayores. La composición por géneros es de 253 (70%) mujeres y 110 (30%) hombres (ver Tabla 7). Por motivos obvios de representación poblacional, no resulta sorprendente el predominio del género femenino.

Edad

Con respecto a la edad, la muestra está compuesta por sujetos con edades comprendidas entre 48 y 90 años, con una media de 67 años (desviación típica = 7,59). Al comparar las edades entre los hombres y las mujeres, se ha observado que los hombres tienen una media ligeramente superior ($M= 69$; $DT=7,75$) a la de las mujeres ($M= 66$; $DT= 7,4$). Véase tabla 7.

Tabla 7. Tamaño muestral y caracterización del grupo en relación con la edad (media y porcentaje).

	M (DT)	N (%)
Hombres	69 (7,75)	110 (30%)
Mujeres	66 (7,4)	253 (70%)
Total	67	7,59

A continuación, se presenta el histograma de las edades de los participantes y un diagrama de caja y bigotes de la edad respecto al género (Figura 6).

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

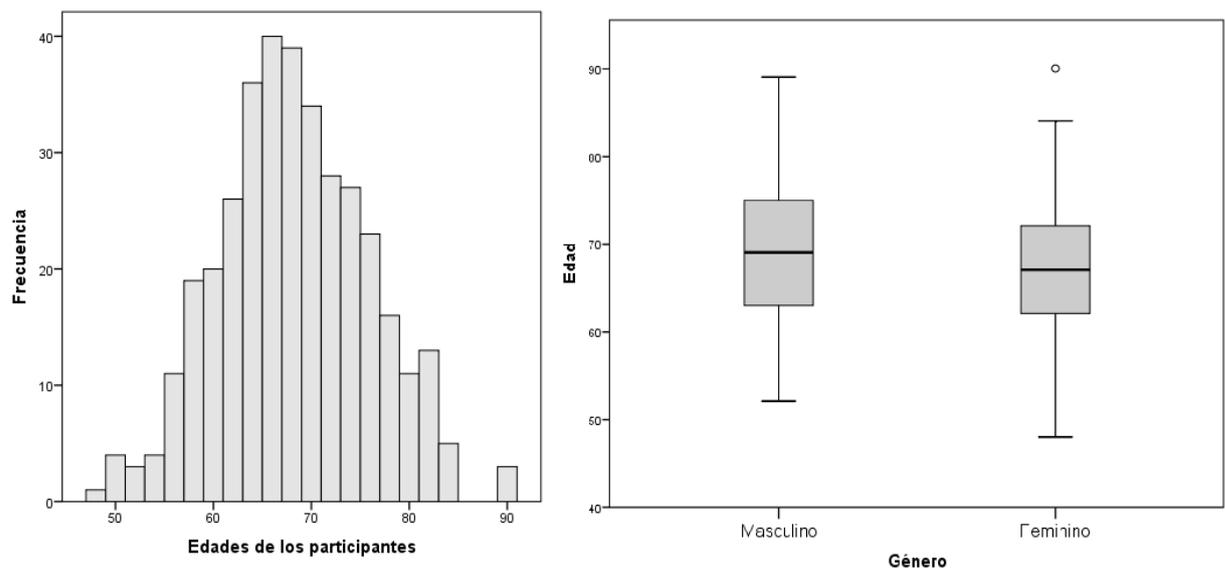


Figura 6. Histograma de las edades de los participantes y diagrama de caja y bigotes de la edad respecto al género.

Así mismo, se agruparon las edades de los participantes por rangos de edad (45-54; 55-64; 65-74; 75-84; mayor o igual a 85). Véase tabla 8.

Tabla 8. Caracterización según rango de edad.

	N	%
45 – 54	12	3,3%
55 - 64	110	30,3%
65 - 74	171	47,1%
75 - 84	67	18,5%
≥ 85	3	0,8%

Estado civil

En cuanto al estado civil de los participantes en este estudio, en su gran mayoría, los participantes se encuentran casados (62,3%). Del total de la muestra, el 23,9% son viudos, el 7,7% divorciados y el 6,1% solteros (Tabla 9).

Tabla 9. Caracterización de la muestra en relación con el estado civil.

	N	%
Solteros	22	6,1%
Casados	226	62,3%
Divorciados	28	7,7%
Viudos	87	23,9%

Podemos observar (véase Tabla 10) que, según el estado civil en términos de género, la muestra se encuentra principalmente casada, tanto la población masculina (80%) como en la población femenina (54,5%). Sin embargo, las mujeres presentan un mayor porcentaje de viudedad (29,71%), un valor que supera ligeramente la mitad de los casos de las mujeres que estaban casadas o en unión de hecho.

Tabla 10. Caracterización del estado civil en función de género (frecuencia y porcentaje).

	Hombres	Mujeres
Solteros	4 (3,6%)	18 (7,1%)
Casados	88 (80%)	138 (54,5%)
Divorciados	6 (5,5%)	22 (8,7%)
Viudos	12 (10,17%)	75 (29,71%)

A continuación, se analiza el estado civil en función de la edad, habiendo sido éstos agrupados por rangos de edad (Tabla 11).

Tabla 11. Caracterización del estado civil en función de la edad.

Edad	Solteros	Casados	Divorciados	Viudos
45 - 54 Años	4	8	-	-
	33,30%	66,70%	-	-
55 - 64 Años	2	82	8	18
	1,80%	63,21%	7,3%	16,40%
65 - 74 Años	12	96	18	45
	7%	56,10%	10,50%	26,30%
75 - 84 Años	4	38	2	23
	6%	56%	3%	34,30%
≥ 85 Años	-	2	-	1
	-	66,70%	-	33,30%

En un primer análisis parece que, en el primer grupo de edad (45 - 54 años de edad), apenas encontramos casos de divorcio o viudedad, así como en el último grupo de edad (edad mayor o igual a 85 años) predominan los sujetos casados y/o en situación de viudedad. En los restantes tres grupos de edad (de 55 - 64; 65 - 74; 75 - 84), la mayoría de los participantes estaban casados.

En los tres últimos grupos de edad podemos comprobar que predominan los casos de viudez, que aumentan en función de la edad, hasta estabilizarse a partir de los 75 años. Por lo tanto, para el segundo grupo de edad (55 - 64 años de edad) existe un

porcentaje de 16,4% de los casos de viudez; para el tercer grupo (65 - 74 años de edad) el porcentaje es de 26,3% para los sujetos viudos y, por último, en el cuarto grupo de edad (75 a 84 años de edad), el porcentaje se eleva al 34,3%. Hay, por lo tanto, un aumento gradual de esta situación civil en la población de este estudio. Acompañando dicho patrón, encontramos una disminución en el número de casos de personas casadas o en situación de unión de hecho.

Región geográfica

En relación con las regiones geográficas, se encontró que los participantes de este estudio residen principalmente en el norte (38,3%) y en el centro (52,1%) de Portugal. Sólo el 5% del total de la muestra reside en el Alentejo y el 4,7% en los archipiélagos (Madeira y Açores). Estos resultados muestran, además, una mayor concentración de las Universidades de la Tercera Edad en el norte y centro del país (Tabla 12 y Figura 7).

Tabla 12. Caracterización de la muestra en función de la región geográfica.

	N	%
Norte	139	38,3%
Centro	188	51,8%
Lisboa e Vale do Tejo	1	0,3%
Alentejo	18	5%
Islas	17	4,7%

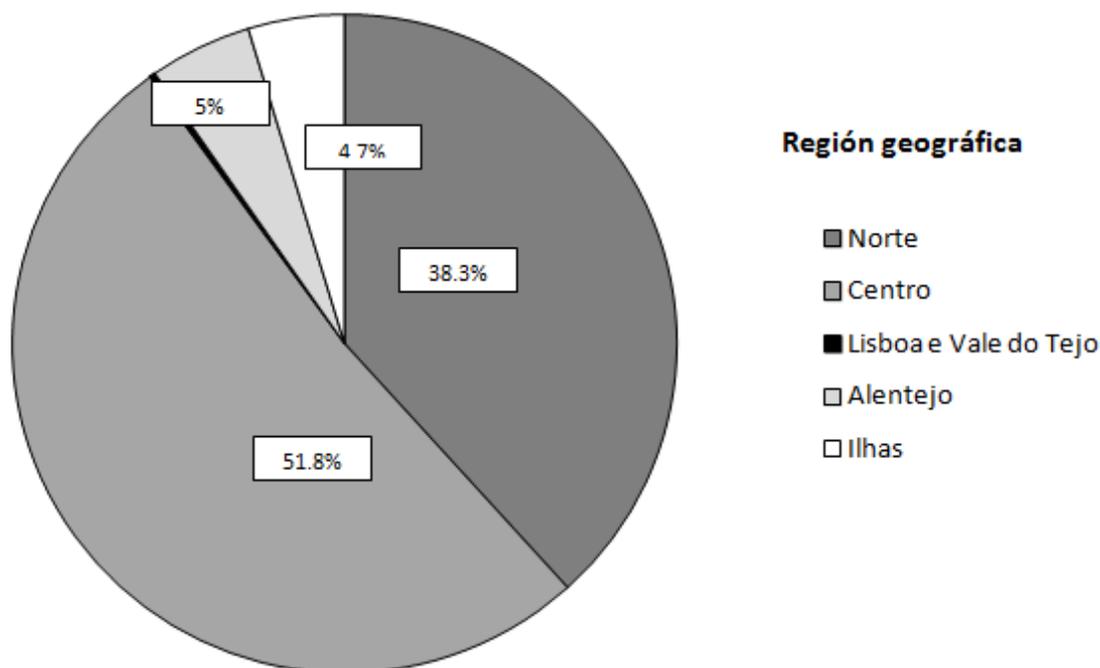


Figura 7. Gráfico de sectores sobre la región geográfica de la población.

La siguiente tabla muestra la caracterización geográfica de este estudio en relación al género. Se puede comprobar que no hay diferencias en cuanto a esta variable, ya que tanto los mayores porcentajes de población masculina como de población femenina del estudio residen principalmente en el norte y en el centro de Portugal. De este modo, en lo que respecta a la población masculina, el 50% de participantes se encuentran en el centro de Portugal, mientras el 40,9% viven en el norte. El Alentejo y las islas tienen exactamente el mismo porcentaje de participantes masculinos, un 4,5%.

En cuanto a la población femenina del presente estudio, el 53% reside y participa en las Universidades de la Tercera Edad del centro y 37,2% el norte de Portugal. El Alentejo presenta un porcentaje del 5,1% y las islas del 4,7%.

Tabla 13. Caracterización de la región geográfica en función del género.

	N	%
Hombres		
Norte	45	40,9%
Centro	55	50%
Alentejo	5	4,5%
Islas	5	4,5%
Mujeres		
Norte	94	37,2%
Centro	134	53%
Alentejo	13	5,1%
Islas	12	4,7%

Por otro lado, la tabla 13 nos muestra la caracterización de la región geográfica de la población del presente estudio en función de la edad del mismo. Puede comprobarse, además, el efecto del envejecimiento de la población en las distintas regiones de Portugal y la frecuencia de esta población en las Universidades de la Tercera Edad. De manera general, se observa que, en diferentes rangos de edad, predomina la población que reside en el centro de Portugal, con la excepción de los sujetos con edad mayor o igual a 85 años, que residen en el norte del país.

En detalle, según la tabla 14, en el primer grupo de edad (45-54 años de edad), un 66,7% de los participantes residen en el centro, un 16,7% reside en el norte y un 8,3% en la región de Alentejo. Los archipiélagos muestran este mismo valor de 8,3%.

En el segundo grupo de edad (55-64 años de edad), un 62,7% de los participantes residen en el centro del país, un 29,1% reside en el norte y un 0,93% en la región de Alentejo. Un 7,3% de los participantes con edades comprendidas entre los 55 y los 64

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

años residen en las islas.

Del tercer grupo (65-74 años de edad), un 46,2% de los participantes reside en el centro de Portugal, y un 43,3% en el norte del país. En esta franja de edad, hay un predominio de sujetos mayores casi equivalente en el norte y centro de Portugal. Alentejo tiene el 6,4% de la población con edades comprendidas entre los 65 y 74 años y tan sólo un 4,1% reside en las islas.

También, en el cuarto grupo de edad (de 75 a 84 años de edad), existe un porcentaje casi similar entre el norte y el centro de Portugal. Del total de la muestra de este grupo de edad, un 47,8% reside en el centro y un 41,8% vive en el norte. Un 7,5% de los sujetos con estas edades viven en Alentejo y sólo el 3% en las islas.

Como se mencionó anteriormente, sólo tres personas con edades mayor o igual a 85 años participaron en este estudio, todos ellos originarios del norte de Portugal.

Tabla 14. Caracterización de la región geográfica en función de la edad de los participantes (frecuencia y porcentaje).

	Norte	Centro	Alentejo	Islas
45 - 54 Años	2	8	1	1
	16,70%	66,70%	8,30%	8,30%
55 - 64 Años	32	69	1	8
	29,10%	62,70%	.9%	7,3%
65 - 74 Años	74	79	11	7
	43,30%	46,20%	6,40%	4,1%
75 - 84 Años	28	32	5	2
	41,80%	47,80%	7,50%	3%
≥ 85 Años	3	-	-	-
	100%	-	-	-

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

La tabla 15 nos muestra la caracterización de la muestra en las diferentes regiones de Portugal en función de los diferentes intervalos de edad. Esto nos permite hacer una comparación entre los participantes masculinos y femeninos y, de esta manera, estudiar la distribución del norte, centro, Alentejo y de los archipiélagos, de acuerdo con los diferentes rangos de edad. Por lo tanto, se puede comprobar que los datos no son diferentes entre los dos géneros, siendo que la mayoría de población masculina y femenina reside en el centro y el norte de Portugal para todos los rangos de edad.

Tabla 15. Caracterización de la región geográfica en función de la edad de los participantes hombres y mujeres.

	Hombres	Mujeres
45 - 54 Años		
Norte	1	1
Centro	-	9
Alentejo	-	1
Islas	-	-
55 - 64 Años		
Norte	11	21
Centro	19	50
Alentejo	-	1
Islas	2	6
65 - 74 Años		
Norte	20	54
Centro	21	58
Alentejo	2	9
Islas	2	5

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

	Hombres	Mujeres
75 - 84 Años		
Norte	11	17
Centro	-	17
Alentejo	-	2
Islas	-	1
≥ 85 Años		
Norte	2	1
Centro	-	-
Alentejo	-	-
Islas	-	-

Zona geográfica

La tabla 16 nos muestra la frecuencia y el porcentaje de muestras distribuidas por las zonas urbanas y las rurales. Del total de 363 sujetos, el 84,8% vive en zonas urbanas y el 15,2% en zonas rurales.

Tabla 16. Caracterización de la muestra según el área geográfica de origen.

	N	%
Urbana	308	84,8%
Rural	55	15,2%

A continuación se presentan los datos que permiten caracterizar las submuestras

de hombres y mujeres en función de su zona de residencia, urbana o rural (Tabla 17). Podemos comprobar que no hay grandes diferencias en relación con las cuestiones de género.

La población masculina reside fundamentalmente en las zonas urbanas (82,5%), tan sólo el 17,5% de los sujetos ancianos varones reside en zonas rurales. Para la muestra femenina, encontramos que ésta reside también, fundamentalmente, en las zonas urbanas, con un porcentaje del 84,2%, mientras que sólo un 15,8% reside en las zonas rurales.

Tabla 17. Caracterización de la muestra en relación con el área geográfica en función del género.

	N	%
Urbana		
Hombre	141	82,5%
Mujeres	213	84,2%
Rural		
Hombre	30	17,5%
Mujeres	40	15,8%

La tabla 18 nos muestra los datos que, a su vez, caracterizan la muestra en relación con las zonas geográficas, en función de la edad de los sujetos. En general, los resultados siguen la misma orientación que se ha señalado con anterioridad: en los diferentes rangos de edad existe un predominio de ambas submuestras, masculina y femenina, en las zonas urbanas.

Tabla 18. Caracterización de la muestra en relación con el área geográfica en función de la edad.

	N	%
45 - 54 Años		
Urbana	9	75%
Rural	3	25%
55 - 64 Años		
Urbana	93	84,5%
Rural	17	15,5%
65 - 74 Años		
Urbana	141	82,5%
Rural	30	17,5%
75 - 84 Años		
Urbana	63	94%
Rural	4	6%
≥ 85 Años		
Urbana	2	66,7%
Rural	1	33,3%

Hogar

En relación con el hogar, encontramos varias situaciones: (1) vivir con el cónyuge; (2) vivir solo/a; (3) vivir con su cónyuge y los hijos; (4) vivir sólo con sus hijos; (5) vivir con el cónyuge, los hijos y nietos; (6) vivir con otros miembros de la familia (por ejemplo, vivir con la madre o el padre, vivir con un hermano o hermana, etc.). Por lo tanto, el 55,1% de la población del presente estudio muestra que vive con el/la

cónyuge (N= 200). Del total de la muestra, el 28,4% vivía solo, en situación de viudedad, divorcio o en situación de no haber contraído nunca matrimonio. Un 8,3% vivía con el cónyuge y los hijos; en un 5,8% de los casos, sólo con los hijos; un 1,9% vive con otros miembros de la familia (por ejemplo, con la madre) y dos sujetos comparten el hogar con su cónyuge, hijos y nietos (Tabla 19 y Figura 8).

Tabla 19. Caracterización de la muestra sobre la base del hogar.

	N	%
Con el cónyuge	200	55,1%
Solo/a	103	28,4%
Con cónyuge e hijos	30	8,3%
Con los hijos	21	5,8%
Con cónyuge, hijos y nietos	2	0,6%
Con otros parientes	7	1,9%

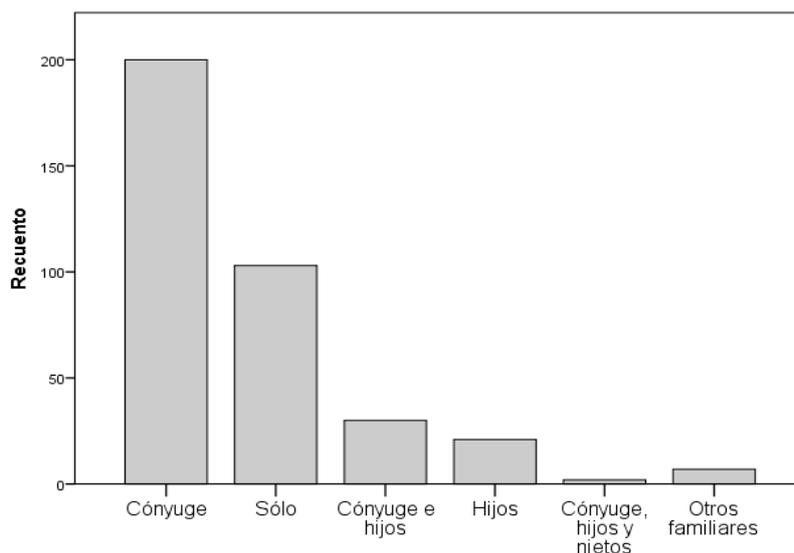


Figura 8. Diagrama de barras respecto de los miembros con los que los participantes conviven.

En la siguiente tabla (Tabla 20) se observa la frecuencia y el porcentaje de los participantes en relación a su estado civil y sus edades. Una vez más, y para facilitar su lectura, la edad se agrupó en rangos. En general, los participantes son, en su mayoría, casados o en unión de hecho.

El primer grupo de edad (45-54 años) constituye un 58,3% de los participantes que viven con sus esposas y sus hijos. Un 16,7% de los participantes vive solo o con su cónyuge.

En el segundo grupo de edad (de 55 a 64 años de edad), un 57,3% de los participantes vive con sus cónyuges, un 18,2% vive solo, el 14,5% vive con sus cónyuges e hijos. Sólo el 7,3% de las personas viven solas con sus hijos. Dos individuos viven con sus cónyuges, hijos y nietos, y sólo un participante manifestó vivir con otro miembro de la familia.

En el tercer grupo de edad (de 65 a 74 años de edad), un 55,6% de los participantes vive con su cónyuge. De la misma manera que en el anterior grupo de edad, los participantes que viven solos emergen como segundo estado civil en predominio, con un 34,5%. Del total de este grupo de edad, un 2,3% vive con su cónyuge e hijos, un 5,3% vive sólo con sus hijos y un 2,3% refiere vivir con otros miembros de la familia.

El cuarto grupo de edad (de 75 a 84 años de edad) presenta el mismo perfil de frecuencia y porcentaje. Un 56,7% de los participantes vive con sus cónyuges, un 31,3% vive solo, un 4,5% vive con su cónyuge e hijos y sólo el 6% de las personas vive solamente con sus hijos. Uno de los participantes mencionó vivir con otra familia.

En comparación con los participantes con mayor edad o igual a 85 años, el 66,7% vivía con sus cónyuges y el 33,3% vive solo.

Tabla 20. Caracterización de los hogares en relación con la edad de los participantes.

	N	%
45 - 54 Años		
Con el cónyuge	2	16,7%
Solo/a	2	16,7%
Con el cónyuge e hijos	7	58,3%
Con los hijos	-	-
Con el cónyuge, hijos y nietos	-	-
Con otros parientes	1	8,3%
55 - 64 Años		
Con el cónyuge	63	57,3%
Solo/a	20	18,2%
Con el cónyuge e hijos	16	14,5%
Con los hijos	8	7,3%
Con el cónyuge, hijos y nietos	2	1,8%
Con otros parientes	1	.9%
65 - 74 Años		
Con el cónyuge	95	55,6%
Solo/a	59	34,5%
Con el cónyuge e hijos	4	2,3%
Con los hijos	9	5,3%
Con el cónyuge, hijos y nietos	-	-
Con otros parientes	4	2,3%

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

	N	%
75 - 84 Años		
Con el cónyuge	38	56,7%
Solo/a	21	31,3%
Con el cónyuge e hijos	3	4,5%
Con los hijos	4	6%
Con el cónyuge, hijos y nietos	-	-
Con otros parientes	1	1,5%
≥ 85 Años		
Con el cónyuge	2	66,7%
Solo/a	1	33,3%
Con el cónyuge e hijos	-	-
Con los hijos	-	-
Con el cónyuge, hijos y nietos	-	-
Con otros parientes	-	-

Escolaridad

La muestra no incorpora ninguna persona analfabeta. En el total de 363 participantes, un 40,8% asistió a la educación básica, un 47,7% terminó la educación secundaria y un 11,6% tenía estudios superiores. A pesar de que los datos demográficos recogen ausencia de analfabetismo pero baja escolaridad, esta muestra nos revela que los participantes de las UTE, en su inmensa mayoría, poseen un nivel de educación secundaria.

Tabla 21. Caracterización de la muestra en función de la escolarización.

	N	%
Analfabetismo	-	-
Educación básica	148	40,77%
Educación secundaria	173	47,66%
Educación superior	42	11,57%

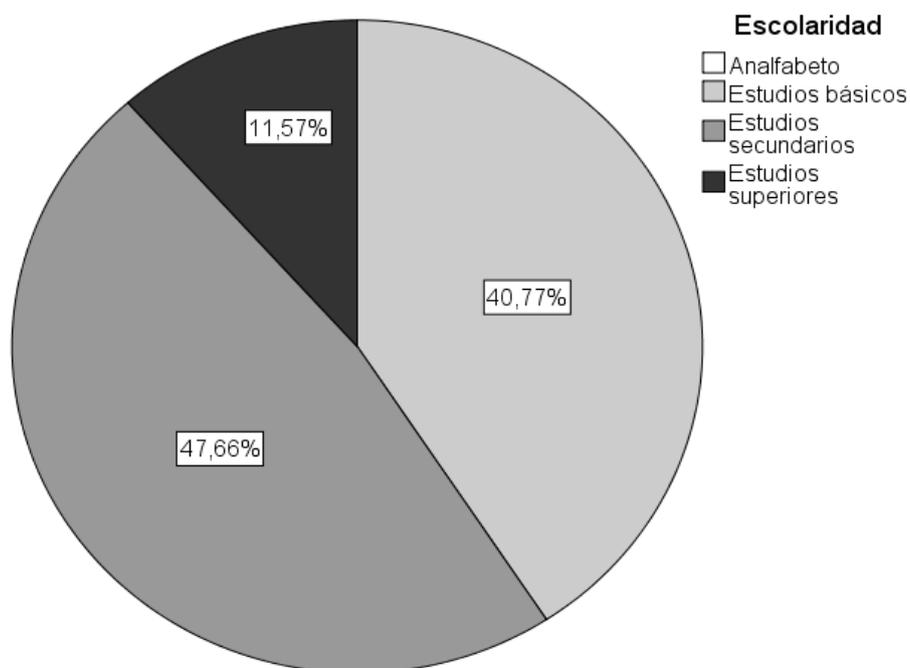


Gráfico 9. Diagrama de sectores sobre la escolaridad de los participantes.

A continuación, se presenta la caracterización de los niveles de escolaridad en función del género. Se encontró que un 43,5% de la población femenina cursó solamente educación básica, en contraste con el 34,5% de la población masculina. En cuanto a la frecuencia en la educación superior, los participantes de este estudio, en su mayoría fueron mujeres (13%), en contraste con el 8,2% de la muestra masculina.

Tabla 22. Caracterización de la muestra con respecto a la educación en relación al género.

	N	%
Educación Básica		
Hombres	38	34,5%
Mujeres	110	43,5%
Educación secundaria		
Hombres	63	57,3%
Mujeres	110	43,5%
Educación superior		
Hombres	9	8,2%
Mujeres	33	13%

La tabla 23 nos permite comprobar el nivel de la enseñanza en función de la edad de los participantes. Recordemos que los estudios estipulan que, según avanza la edad, el nivel de escolaridad disminuye, posiblemente por un efecto de cohorte.

En nuestra muestra, el primer grupo de edad ha cursado, predominantemente, educación secundaria (50%). El 33,3% de los participantes de este rango de edad sólo poseen educación básica y un 16,7% realizó estudios superiores.

En el segundo grupo de edad podemos ver, además, el predominio de la enseñanza secundaria, en el 58,2% de la muestra, mientras que un 30% de los sujetos posee educación básica y un 11,8% educación superior.

En el tercer grupo aparece que, predominantemente, el nivel de escolarización es el de educación básica (55,2%). Un 34,3% de los sujetos posee educación secundaria y un 10,4% educación superior. Por otra parte, y curiosamente, los tres participantes con mayor edad o igual a 85 años muestran un nivel íntegramente correspondiente a la

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

educación superior.

Tabla 23. Caracterización de la enseñanza de la muestra en función de la edad de los participantes.

	N	%
45 - 54 Años		
Educación Básica	4	33,3%
55 - 64 Años		
Educación secundaria	6	50%
Educación Superior	2	16,7%
65 - 74 Años		
Educación Básica	33	30%
Educación Secundaria	64	58,2%
Educación Superior	13	11,8%
75 - 84 Años		
Educación Básica	74	43,3%
Educación Secundaria	77	45%
Educación Superior	20	11,7%
≥ 85 Años		
Educación Básica	-	-
Educación Secundaria	-	-
Educación Superior	3	100%

La Tabla 24 nos permite conocer el nivel de educación de nuestros participantes según las zonas de residencia, lo que facilita un análisis más detallado del nivel de educación de los adultos mayores que viven en las zonas urbanas y en las zonas rurales.

Encontramos que la educación secundaria es el nivel de educación de la mayoría de nuestra muestra, tanto para los que residen en las zonas urbanas (47,4%) como en las zonas rurales (49,1%). En las zonas urbanas, un 40,6% de los participantes presenta una escolaridad básica y sólo un 12% educación superior.

Tabla 24. Caracterización de la formación académica de la muestra en función de la zona geográfica donde residen los participantes.

	N	%
Urbana		
Educación Básica	125	40,6%
Educación Secundaria	146	47,4%
Educación Superior	37	12%
Rural		
Educación Básica	23	41,8%
Educación Secundaria	27	49,1%
Educación Superior	5	9,1%

Situación laboral

En relación a la actual situación profesional, un 98,3% de los participantes que asisten a las UTE son jubilados, mientras que tan sólo un 1,7% continúa desarrollando una profesión.

Tabla 25. Caracterización de la muestra en función de la actual situación laboral.

	N	%
Jubilado	357	98,3%
No jubilado	6	1,7%

La tabla 26 nos muestra la caracterización de la situación profesional actual de los participantes en función del género. Esto nos permite hacer una comparación entre la población femenina y la masculina. Así, observamos que todos los sujetos varones son jubilados y tan sólo seis mujeres, de todas las participantes, continúan desarrollando una actividad laboral.

Tabla 26. Caracterización de la situación laboral de la muestra actual en función de género.

	N	%
Jubilado		
Hombres	110	100%
Mujeres	247	97,6%
No jubilado		
Hombres	-	-
Mujeres	6	2,4%

A continuación, examinamos la distribución de la situación laboral en función de los rangos de edad.

Como hemos visto en el cuadro anterior, sólo seis mujeres se encontraban activas laboralmente (2,4%). De estas seis, el 16,7% tenía entre 45 y 54 años de edad, y el restante 3,6%, de 55 a 64 años de edad.

Tabla 27. Caracterización de la actual situación laboral de la muestra en función de la edad de misma.

	N	%
45 - 54 Años		
Jubilado	10	83,3%
No jubilado	2	16,7%
55 - 64 Años		
	N	%
Jubilado	106	96,4%
No jubilado	4	3,6%
65 - 74 Años		
Jubilado	171	100%
No jubilado	-	-
75 - 84 Años		
Jubilado	67	100%
No jubilado	-	-
≥ 85 Años		
Jubilado	3	100%
No jubilado	-	-

Profesión previa

Para clasificar la muestra con respecto a la profesión que ejerció, se empleó la Clasificación Nacional de las Profesiones (Classificação Nacional das Profissões, CNP) de Portugal. Las profesiones se dividen en nueve grandes grupos: grupo 1 (Alta Gerencia de la Administración Pública, directores y altos directivos de la empresa),

grupo 2 (especialistas de las profesiones intelectuales y científicas), grupo 3 (Técnicos y Profesionales de Nivel Intermedio), grupo 4 (Personal Administrativo y similares), el grupo 5 (personal de servicios y vendedores), grupo 6 (agricultores y trabajadores calificados de agricultura y pesca), grupo 7 (operarios y artesanos), grupo 8 (operadores de máquinas y montadores), y grupo 9 (trabajadores no cualificados).

Según estos distintos grupos de ocupaciones, el 25,9% pertenecía al grupo de expertos de profesiones intelectuales y científicas; un 17,6% pertenecía al grupo de servicios de personal y vendedores, el 16,5% pertenecía a la alta gerencia de la administración pública, directores y personal directivo de empresas; un 14,9% era técnicos y profesionales de nivel intermedio, un 11,6% tenía profesiones no cualificadas; el 8% había trabajado como agricultor y/o trabajador cualificado de la agricultura y la pesca; el 5,2% había sido obrero, artesano o trabajador asimilado a los anteriores; y, finalmente, un 3% había desarrollado su profesión como operador de maquinaria o trabajador de montaje.

Tabla 28. Caracterización de la muestra por la profesión previa a la jubilación.

	N	%
Administración pública, administración y alta gerencia de la empresa	60	16,5%
Especialistas de las profesiones intelectuales y científicas	94	25,9%
Técnicos y profesionales de nivel intermedio	54	14,9%
Personal administrativo y similar	16	4,4%
Personal de servicios y vendedores	64	17,6%

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

Agricultores y trabajadores calificados de agricultura y pesca	3	0,8%
Jornaleros, artesanos y trabajos similares	19	5,2%
Operadores de instalaciones y maquinaria y trabajadores de montaje	11	3%
Profesiones no cualificadas	42	11,6%

La tabla 29 nos permite caracterizar la muestra de población de este estudio en relación con la profesión ejercida en función del género.

Tabla 29. Caracterización de la muestra sobre la base de la profesión ejercida con anterioridad a la jubilación.

	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Administración pública, administración y alta gerencia de la empresa	24	36	21,8%	14,2%
Especialistas de las profesiones intelectuales y científicas	20	74	18,2%	29,2%
Técnicos y profesionales de nivel intermedio	21	33	19,1%	13%
Personal administrativo y similar	6	10	5,5%	4%
Personal de servicios y vendedores	16	48	14,5%	19%
Agricultores y trabajadores calificados de agricultura y pesca	-	3	-	1,2%

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

Jornaleros, artesanos y trabajos similares	12	7	10,17%	2,8%
Operadores de instalaciones y maquinaria y trabajadores de montaje	11	-	10%	-
Profesiones no cualificadas	-	42	-	16,6%

La población femenina había ejercido, fundamentalmente, puestos relacionados con las profesiones intelectuales y científicas (29,2%). A su vez, la población masculina es la que había desarrollado, sobre todo, puestos de la administración pública, funciones de liderazgo y de alta dirección de la empresa (21,8%).

Con respecto a la segunda y la tercera profesiones más predominantes, la población femenina pertenecía al grupo de vendedores y personal de servicios (16,6%) o había ocupado puestos no cualificados (16,6%), mientras que la población masculina había ejercido cargos de nivel intermedio (19,1%) y profesiones intelectuales y científicas (18,2%).

Las profesiones menos ejercidas por población femenina fueron la de agricultor y trabajador cualificado de agricultura y pesca (1,2%), trabajadores, artesanos y trabajos similares (2,8%) y administrativos y similares (4%).

A su vez, los profesionales menos ejercidas por población masculina fueron administrativo y similar (5,5%), operador de instalación y montaje de máquinas (10%) y obrero y artesano (10,9%).

Pregunta: "¿Cuánto tiempo hace que acude a la Universidad de la Tercera Edad?"

Respecto a la pregunta "¿cuánto tiempo hace que frecuenta la Universidad de la Tercera Edad?", hemos agrupado las respuestas en seis categorías "menos de 1 año"; "1 año"; "2 años", "3 años"; "4 años" y "5 o más años".

La gran mayoría de los participantes asiste a las UTE al menos 2 años (22,3%) y 5 o más años (22,3%). De los restantes, el 15,7% refiere a asistir a la UTE menos de 1 año, un 9,6% más de un año y un 8%, 4 años.

Tabla 30. Caracterización de la muestra en función del tiempo de asistencia a la UTE.

	N	%
Menos de 1 año	57	15,7%
1 año	35	9,6%
2 años	81	22,3%
3 años	80	22%
4 años	29	8%
5 o más años	81	22,3%

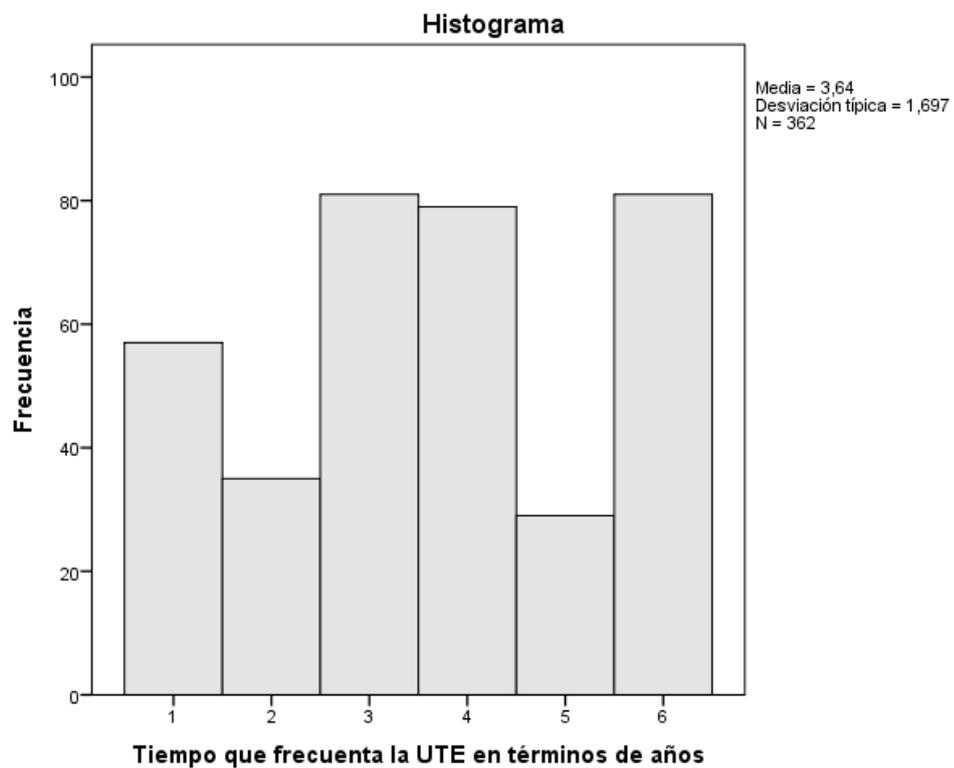


Figura 10. Histograma del tiempo de asistencia a la UTE.

La tabla 31 nos muestra la frecuencia de tiempo de los participantes en las UTE en función del género.

No parecen existir diferencias entre los participantes masculinos y femeninos que, en su mayoría, asiste a la UTE más de 3 años o 5 años o más (22,5% en cada uno de los supuestos) en el caso de las mujeres, y 2 años (22,7%) en el caso de los hombres.

Tabla 31. Caracterización de la muestra en función del tiempo en la UTE.

	N	%
Hombre		
Menos de 1 año	16	14,5%
1 año	13	11,8%
2 años	25	22,7%
Mujeres		
3 años	23	20,9%
4 años	9	8,2%
5 o más años	24	21,8%
Mujeres		
Menos de 1 año	41	16,2%
1 Año	22	8,7%
2 Años	56	22,1%
3 Años	57	22,5%
4 Años	20	7,9%
5 o más años	57	22,5%

En cuanto a la ubicación geográfica, se examinaron los diferentes lugares señalados: norte, centro, Alentejo y las islas.

En el norte de Portugal, los participantes, en su gran mayoría, acuden desde hace 5

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

o más años (27,3%). Sólo un 5% de los participantes que reside en el norte del país acude a la UTE desde hace menos de 1 año. En el centro de Portugal, los participantes asisten, mayoritariamente, desde hace menos de 1 año (25,5%). Un 23,9% asiste desde hace 3 años, el 20,7% desde hace 2 años y un 14,4% asiste desde hace 5 o más años. Los participantes de la región del Alentejo, en su gran mayoría, acuden desde hace 5 o más años (55,6%), mientras que sólo un 5,6% de los participantes asisten desde hace menos de 1 año. En las islas, un 35,5% de los participantes asiste desde hace 5 o más años, y sólo un 5,9% desde hace menos de 1 año.

Tabla 32. Caracterización de la muestra en función del tiempo de permanencia en la UTE y la ubicación geográfica.

	N	%
Norte		
Menos de 1 año	7	5%
1 año	15	10,8%
2 años	37	26,6%
3 años	29	20,9%
4 años	13	9,4%
5 o más años	38	27,3%
Centro		
Menos de 1 año	48	25,5%
1 año	18	9,6%
2 años	40	20,7%
3 años	45	23,10%
4 años	11	5,9%
5 o más años	27	Un 14,4%

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

Alentejo		
Menos de 1 año	1	5,6%
1 año	-	-
2 años	3	16,7%
3 años	2	11,1%
4 años	3	11,1%
5 o más años	10	55,6%
Islas		
Menos de 1 año	1	5,9%
1 año	2	11,8%
2 años	2	11,8%
	N	%
3 años	3	17,6%
4 años	3	17,6%
5 o más años	6	35,3%

En cuanto al estado civil de los participantes en función del tiempo que acuden a la Universidad, podemos señalar que los participantes solteros acuden principalmente desde hace 1 año (31,8%) y desde hace 5 o más años (27,3%).

Por lo que respecta a los participantes que estaban casados o en unión de hecho, un 24,3% refiere participar desde hace 3 años, y un 23,5%, desde hace 5 años o más. Sólo un 8% acuden hace menos de 1 año.

Los participantes divorciados refirieron asistir, principalmente, desde hacía 2 años (32,1%), el 25% desde hacía 3 años y un 21,4% desde hacía 5 años o más. Tan sólo un 3,6% había empezado a acudir recientemente (menos de 1 año).

Los participantes en una situación de viudedad asistían a la UTE

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

mayoritariamente desde hacía 2 años (31%) y 5 o más años (18,4%). Un 17,2% refirió haber empezado a acudir desde hacía menos de 1 año.

Tabla 33. Caracterización de la muestra en función del tiempo de asistencia a la UTE.

	N	%
Solteros		
Menos de 1 año	1	4,5%
1 año	7	31,8%
2 años	2	9,1%
3 años	5	22,7%
	N	%
4 años	1	4,5%
5 o más años	6	27,3%
Casado		
Menos de 1 año	40	17,7%
1 año	18	8%
2 años	43	19%
3 años	55	24,3%
4 años	17	7,5%
5 o más años	53	23,5%
Divorciado		
Menos de 1 año	1	3,6%
1 año	3	10,61%
2 años	9	32,1%
3 años	7	25%

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

4 años	2	7,1%
5 o más años	6	21,4%
Viudo		
Menos de 1 año	15	17,2%
1 año	7	8%
2 años	27	31%
3 años	13	14,9%
4 años	9	10,3%
5 o más años	16	18,4%

Pregunta: "¿Cuál fue el motivo de su participación en la Universidad de la Tercera Edad?"

La tabla 34 presenta la caracterización de la muestra en función de la razón que motivó a los participantes a asistir a las Universidades de la Tercera Edad. Se establecieron cuatro motivaciones: la ocupación del tiempo libre, el deseo de aprender y de mantenerse cognitivamente activos, la convivencia y, por último, la combinación de convivencia y el deseo de aprender más.

Casi la mitad de la muestra, es decir, un 47,1% (N= 171) de los participantes informaron que se unieron a las Universidades de la Tercera Edad con la intención de interactuar más con sus compañeros, pero también con el interés de incrementar sus conocimientos. La segunda razón más comúnmente mencionada por los participantes consistió en la ocupación del tiempo libre, con un 23,4% (N= 85) de la muestra. Posteriormente, el 19% (N= 69) informó que el motivo principal fue aprender más y tener la posibilidad de permanecer cognitivamente activo. Sólo 38 de los participantes (10,5%) informaron haberse sumado a las Universidades de la Tercera Edad por sentir la necesidad de interactuar más.

Tabla 34. Caracterización de la muestra en función de la razón para su participación en las UTE.

	N	%
Ocupación del tiempo libre	85	23,4%
Más información / mantenerse activocognitiva mente	69	19%
Convivencia	38	10,5%
Convivencia y aprendizaje	171	47,1%

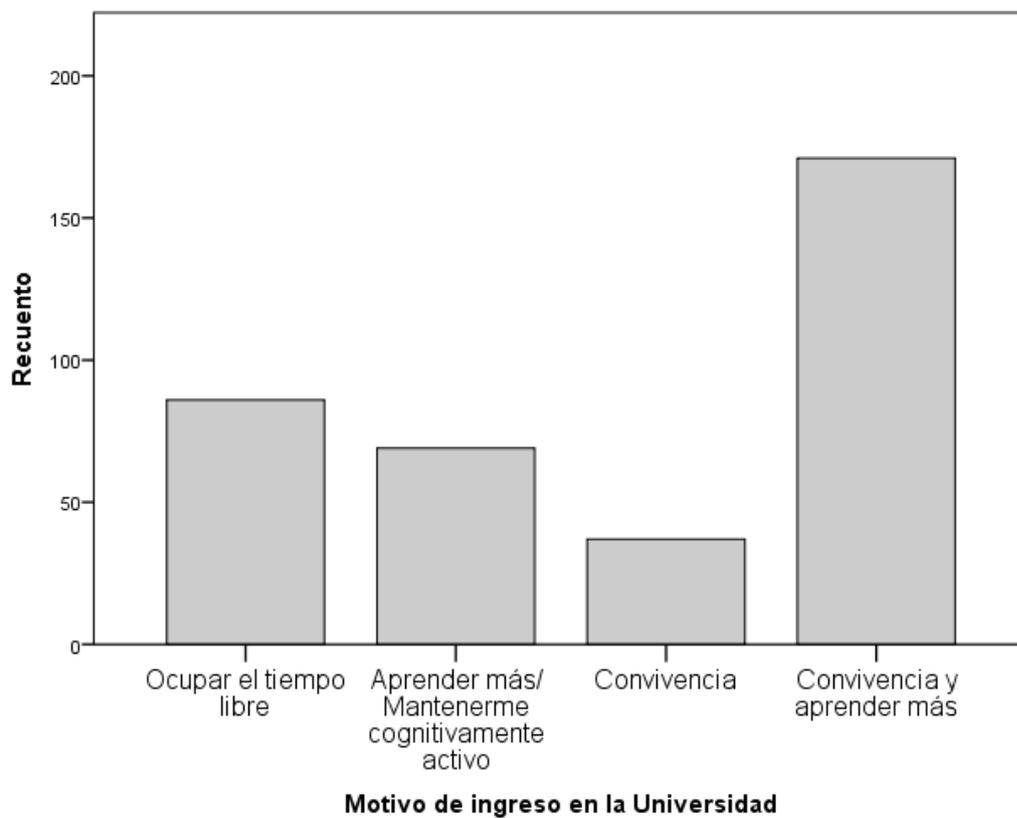


Figura 11. Diagrama de barras sobre el "motivo de su entrada en la Universidad de la Tercera Edad".

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

La tabla 35 nos muestra las razones que han llevado a los participantes a asistir a las Universidades de la Tercera Edad en función del género.

De una manera general, podemos observar que no hay grandes diferencias en las motivaciones que condujeron a los participantes de ambos géneros.

Tabla 35. Motivo de ingreso en la Universidad en función del género.

	N	%
Hombres		
Ocupación del tiempo libre	28	25,5%
Más información / mantenerse activamente	17	15,5%
Convivencia	10	9,1%
Convivencia y aprendizaje	55	50%
Mujeres		
Ocupación del tiempo libre	57	22,5%
Más información / mantenerse activamente	52	20,6%
Convivencia	28	11,1%
Convivencia y aprendizaje	116	45,8%

La mitad de la muestra masculina (N= 55) afirmó que la principal razón fue la búsqueda de una mayor armonía y la adquisición de nuevos conocimientos. La misma razón presenta un porcentaje de 45,8% en el sexo femenino. Un 25,5% de los hombres y un 22,5% de las mujeres informaron que deseaban ocupar su tiempo libre. El

aprendizaje y el deseo de mantenerse cognitivamente activos fue la tercera razón más señalada, con un 15,5% de la muestra masculina y un 20,6% de la muestra femenina. Por último, sólo el 9,1% de los hombres y el 11,1% de las mujeres manifestó, como principal razón, la convivencia con sus compañeros.

Tabla 36. Motivo de ingreso en la Universidad en relación con el tipo de zona de residencia del alumno.

	N	%
Urbana		
Ocupación del tiempo libre	68	22,1%
Más información / mantenerse activamente cognitivamente	59	19,2%
Convivencia	31	10,1%
Convivencia y aprendizaje	150	48,7%
Rural		
Ocupación del tiempo libre	17	30,9%
Más información / mantenerse activamente cognitivamente	10	18,2%
Convivencia	7	12,07%
Convivencia y aprendizaje	21	38,2%

La tabla 36 presenta las razones que llevaron a los participantes a asistir al programa de formación de mayores, en función de la zona geográfica de residencia del alumno. Podemos observar que no existen grandes diferencias entre los participantes que residen en zonas urbanas y aquellos que viven en las áreas rurales.

La convivencia y la adquisición de conocimientos siguen siendo las principales motivaciones, con el 48,7% en las zonas urbanas y el 38,2% en las zonas rurales. La ocupación del tiempo libre se convierte en el segundo motivo de la entrada en las Universidades de la Tercera Edad, con un 22,1% en las zonas urbanas y un 30,9% en las zonas rurales. El aprendizaje y el deseo de mantenerse cognitivamente activo es la tercera razón más importante, con un 19,2% en las zonas urbanas y un 18,2% en las zonas rurales. La convivencia, por sí sola, sigue siendo la última razón, con sólo un 10,1% en las zonas urbanas y un 12,7% en las zonas rurales.

Pregunta: "¿Cómo conoció la existencia de la Universidad de la Tercera Edad?"

La tabla 37 nos muestra la caracterización de la muestra en relación a cómo los participantes tuvieron conocimiento de la existencia de las Universidades de la Tercera Edad, que ha sido posible a través de las siguientes opciones de respuesta: (1) amigos/familiares; (2) publicidad y (3) redes sociales.

Tabla 37. Caracterización de la muestra en relación a la pregunta "¿Cómo se enteró de la existencia de las Universidad de la Tercera Edad?"

	N	%
Familiares y Amigos	318	87,6%
Publicidad	36	9,9%
Redes sociales	9	2,5%

Puede comprobarse que la inmensa mayoría de los participantes tuvo conocimiento de la existencia de las Universidades de la Tercera Edad a través de sus redes sociales y familiares (87,6%). Del resto de los participantes, un 9,9% había tenido conocimiento a través de anuncios locales, y sólo el 2,5% de la muestra tuvo acceso a la

información a través de las redes sociales.

La Tabla 38 presenta la caracterización de la muestra con respecto a cómo los participantes tuvieron conocimiento de la existencia de las Universidades de la Tercera Edad en función de su género.

Tabla 38. Caracterización de la muestra en relación a la pregunta "¿Cómo se enteró de la Universidad de la Tercera Edad?" según el género del alumno.

	N	%
Hombres		
Familiares y Amigos	97	88,2%
Publicidad	8	7,3%
Redes sociales	5	4,5%
Mujeres		
Familiares y Amigos	221	87,4%
Publicidad	28	11,1%
Redes sociales	4	1,6%

La transmisión de la información se produjo, con mayor frecuencia, a través de amigos y familiares, con un porcentaje del 88,2% en la población masculina y del 87,4% en la población femenina. El conocimiento a través de anuncios locales surge como una segunda vía de transmisión de información, con un 7,3% de la muestra masculina y un 11,1% de la muestra femenina. Por último, las redes sociales, como medio de información, cuentan con un porcentaje de tan sólo el 4,5% de la muestra masculina y de 1,6% en la muestra femenina.

2. Análisis descriptivo de los instrumentos

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

La tabla 39 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida por la muestra en el instrumento Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS). La muestra tiene una media alta ($M= 25,9$; $DT= 4,20$), un valor que indica la existencia de satisfacción con la vida positiva.

Tabla 39. Media y desviación típica de la puntuación total de la SWLS.

	<i>M</i>	DT
SWLS	25,9	4,20

La siguiente tabla (véase Tabla 40) muestra la frecuencia y el porcentaje de la puntuación total obtenida por los participantes de esta muestra de estudio en función del género.

Podemos comprobar que la puntuación mínima total obtenida fue de 5 puntos ($N= 2$) y la puntuación máxima fue de 32 puntos ($N= 18$). El rango, o amplitud máxima de las puntuaciones obtenidas en esta muestra es, por lo tanto, de 5 a 32 puntos.

Como promedio, las puntuaciones son bastante similares entre la población masculina ($M = 25,57$; $DT = 4,75$) y la población femenina ($M = 25,39$; $DT = 4,53$). De esta manera, los dos subgrupos parecen afines respecto a la percepción de satisfacción con sus vidas.

Tabla 40. Media y desviación típica de la puntuación total de la SWLS en función del género.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Máximo - Mínimo
Hombres	25,57	4,75	5 – 32
Mujeres	25,39	4,53	5 – 32

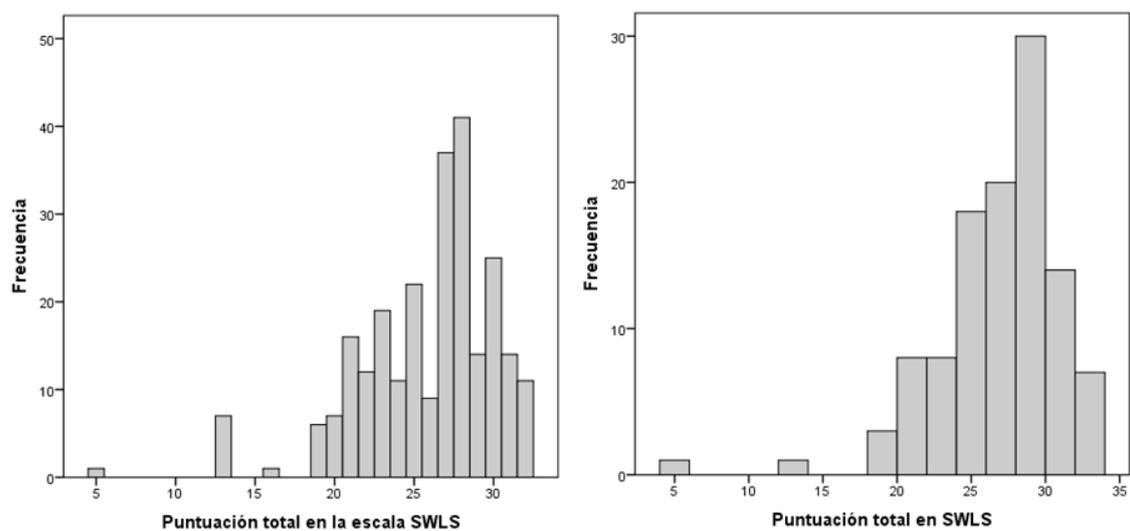


Figura 12. Histograma de la puntuación total de la SWLS obtenida por la muestra masculina (izquierda) y femenina (derecha).

La tabla 41 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en SWLS para cada rango de edad establecido.

El primer grupo de edad (45 - 54 años) presenta una media de 25,33 y una desviación típica de 2,99. La puntuación mínima obtenida para este grupo fue de 20 puntos, y la puntuación máxima de 29 puntos. En cuanto al segundo grupo de edad (55 - 64 años), podemos comprobar que la media es ligeramente superior al primer grupo, con una puntuación de 26,37 (DT = 4,61). Este grupo marcó un mínimo de 5 puntos y un máximo de 32 puntos. El tercer grupo (65 - 74 años) presenta una media ligeramente inferior a la obtenida por el segundo grupo ($M=25,75$; $DT= 4,51$), pero muestra la misma amplitud total. El cuarto grupo de edad (75 - 84 años) muestra una disminución

de la media ($M= 23,60$; $DT = 4,51$) en comparación con los otros grupos de edad. Este grupo obtuvo un mínimo de 10 puntos y un máximo de 32 en la escala. Por último, los participantes con una edad mayor o igual a 85 años muestran una media considerablemente más baja que la media obtenida por los demás grupos de edad ($M = 16$; $DT= 3,6$). La puntuación mínima obtenida por esta submuestra fue de 13 puntos, y obtuvo una máxima de 20 puntos en la escala.

Podemos observar una disminución de la puntuación total por edades conforme éstas aumentan, especialmente en los dos últimos grupos de edad.

Tabla 41. Medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en cada rango de edad.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Máximo-Mínimo
45 – 54	25,33	2,99	20 - 29
55 – 64	26,37	4,61	5 - 32
65 – 74	:	4,36	5 - 32
75 – 84	23,60	4,51	10 - 32
≥ 85	16	3,6	13 - 20

La tabla 42 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en SWLS en función del tipo de zona de residencia, es decir, si los participantes residen en áreas urbanas o rurales.

Podemos comprobar que las medias son similares entre los dos grupos, es decir, que no hubo variaciones importantes en la puntuación total. El grupo que se reside en espacios urbanos obtuvo una media de 25,35 ($DT = 4,62$), con una puntuación mínima de 5 puntos y máxima de 32 puntos. Con respecto al grupo de los participantes que viven en las zonas rurales, hay una puntuación mínima de 13 puntos y máxima de 32 ($M = 25,98$; $DT = 4,39$).

Tabla 42. Medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en función de la zona geográfica.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Máximo-Mínimo
Urbana	25,35	4,62	5 – 32
Rural	25,98	4,39	13 – 32

La tabla 43 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en SWLS en función del nivel de escolaridad.

En general, los tres niveles de escolaridad presentan medias similares entre sí. Los participantes que cursaron sólo educación básica presentan un media de 25,59 (DT=4,23), mientras que los participantes que han finalizado la escolarización secundaria tienen una media de 25,46 (DT=4,93) y los participantes con un nivel de educación superior tienen una media ligeramente superior a los otros dos grupos (M = 26,67; DT=4,15). Las amplitudes de las puntuaciones totales de la escala son similares entre los tres grupos, a excepción del grupo de educación secundaria, que tenía una puntuación mínima de 5 puntos.

Tabla 43. Medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en función del nivel de escolaridad.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Educación Básica	25,59	4,23	13 - 32
Educación secundaria	25,46	4,93	5 - 32
Educación superior	26,67	4,15	13 - 32

La tabla 44 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en SWLS en función del estado civil.

En un análisis general, puede observarse que las medias de la puntuación total de

la Escala de Satisfacción con la Vida son similares para todos los estados civiles, aunque se observa un valor menor para el grupo de personas viudas. Por lo tanto, el grupo de solteros ($M = 26,14$; $DT=3,46$) y el grupo de divorciados ($M = 26,64$; $DT=4,50$) presentan los valores más altos en las puntuaciones de la SWLS, mostrando una mayor satisfacción subjetiva con la vida. El grupo de los casados presenta una media similar, incluso ligeramente inferior ($M = 25,47$, $DT = 4,45$) a los otros grupos. El grupo de los viudos fue el que obtuvo menores valores ($M= 24,82$, $DT =5,14$).

Tabla 44. Media y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en función del estado civil.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Solteros	26,14	3,46	20 - 32
Casado	25,47	4,45	5 - 32
Divorciado	26,64	4,50	13 - 32
Viudo	24,82	5,14	13 - 32

En la tabla 45 podemos ver los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en SWLS en función de la familia.

En un análisis general, podemos observar que las diversas constituciones de los hogares muestran una media mayor para los participantes que viven con su cónyuge, hijos y nietos ($M= 27$; $DT= 4,24$), un media de satisfacción con la vida más baja que los que viven sólo con los hijos ($M = 24,90$; $DT= 6,50$). Los que viven sólo con el cónyuge ($M=25,34$; $DT= 4,57$), solos ($M = 28,41$; $DT= 4,61$), con su cónyuge e hijos ($M=25,57$; $DT=3,42$) y quienes viven con otros miembros de la familia ($M = 25,29$; $DT=3,45$) muestran valores bastante similares entre sí.

Tabla 45. Medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en función de la familia.

	<i>M</i>	DT	Mínima-Máxima
Con el cónyuge	25,34	4,57	5 - 32
Solo	28,41	4,61	13 - 32
Cónyuge e hijos	25,57	3,42	20 - 31
Con los hijos	24,90	6,50	13 - 31
Cónyuge, hijos y nietos	27	4,24	24 - 30
Otros parientes	25,29	3,45	20 - 30

La tabla 46 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en SWLS en función de la región geográfica de residencia.

Podemos observar un alto nivel de satisfacción con la vida en los participantes de las distintas regiones de Portugal. Alentejo es la región geográfica con resultados inferiores ($M=24,33$; $DT= 5,36$), mientras que las islas tienen un media de satisfacción con la vida mucho mayor ($M= 26,06$; $DT= 6,34$). Los participantes que residen en el centro de Portugal muestran una media de satisfacción con la vida de $25,93$ ($DT=3,87$) y los residentes en el norte del país, una media de $24,86$ ($DT = 5,09$).

Tabla 46. Medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS dependiendo de la región geográfica.

	<i>M</i>	DT	Mínima-Máxima
Norte	24,86	5,09	5 - 32
Centro	25,93	3,87	13 - 32
Alentejo	24,33	5,36	10 - 30
Islas	26,06	6,34	5 - 32

Con respecto a los jubilados y no jubilados (Tabla 47), el nivel de satisfacción con la vida no difiere entre estos dos grupos. Sin embargo, los jubilados tienen valores ligeramente más altos ($M= 25,46$, $DT= 4,60$), en comparación con los participantes que siguen en activo ($M= 24,83$, $DT=4,07$).

Tabla 47. Medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en función de la actual situación profesional.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Jubilado	25,46	4,60	5 – 32
No jubilado	24,83	4,07	20 – 30

La tabla 48 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en SWLS en función de la pregunta "¿cuánto tiempo hace que acude a la Universidad de la Tercera Edad?".

De manera general, podemos observar que el nivel de satisfacción con la vida es alto, independientemente del tiempo de asistencia. Los alumnos que asisten desde hace 4 años presentan un nivel de satisfacción con la vida superior a los demás ($M = 27,17$; $DT= 3.24$), aunque los valores no son muy discrepantes entre sí, teniendo en cuenta que la media de los restantes sujetos se encuentra alrededor de los 25 puntos.

Por lo tanto, las personas que asisten desde hace menos de 1 año tienen una media de 25,14 ($DT=5,31$), desde hace 1 año presentan una media de 26,63 puntos ($DT= 3,79$), y los que asisten desde hace 2 y 3 años presenta la misma media ($M= 25,07$; $DT= 4,72$ y $M=25,84$; $DT=4,57$, respectivamente). El valor más bajo se encuentra en el grupo de sujetos que frecuenta la UTE 5 o más años ($M=24,52$; $DT= 4,46$).

Tabla 48. Medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en función de la pregunta "¿Cuánto tiempo hace que acude a la Universidad de la Tercera Edad?".

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Menos de 1 año	25,14	5,31	5 - 32
1 año	26,63	3,79	16 - 32
2 años	25,07	4,72	13 - 32
3 años	25,84	4,57	10 - 32
4 años	27,17	3,24	21 - 32
5 o más años	24,52	4,46	5 - 32

La tabla 49 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en SWLS en función de la pregunta "¿Cuál es el motivo de su incorporación a la Universidad de la Tercera Edad?"

Los participantes que se sumaron a las UTE con el objetivo de aprender más y permanecer cognitivamente activos mostraron un nivel de satisfacción con la vida más alto que los demás ($M= 28,17$; $DT= 3,79$). La convivencia y el deseo de adquirir nuevos conocimientos aparece como la segunda razón por la cual los participantes presentan altos niveles de satisfacción con la vida ($M= 25,62$, $DT= 3,77$). Los participantes que se sumaron a las UTE por el simple hecho de experimentar una mayor convivencia mostraron valores más bajos que los grupos anteriores ($M=24,53$; $DT= 3,20$). No obstante, la ocupación del tiempo libre es la razón de incorporación a las UTE que presenta la menor media ($M = 23,29$, $DT= 5,88$).

Tabla 49. Las medias y desviaciones típicas obtenidas en SWLS en función de la pregunta "¿Cuál es el motivo de la entrada en la Universidad de la Tercera Edad?".

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Ocupación del tiempo libre	23,29	5,88	5 - 31
Más información / mantenerse activo cognitivamente	28,17	3,79	10 - 32
Convivencia	24,53	3,20	17 - 28
Convivencia y para obtener más información	25,62	3,77	15 - 13

Escala de Soledad de la UCLA

La tabla 50 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida por la muestra en la UCLA.

Dada la magnitud de la escala (puntuación mínima de 18 y máxima de 72 puntos), la muestra mostró una media de 28,66 ($DT = 5,58$), valor que se traduce como ausencia de soledad percibida por los participantes de este estudio.

Tabla 50. Media y desviación típica según género y puntuación de la UCLA.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
UCLA (total)	28,66	5,58	17 - 42
Hombres	27,72	5,28	18 - 42
Mujeres	29,06	5,62	17 - 42

La tabla 49 nos proporciona información sobre la frecuencia y el porcentaje de la puntuación total obtenida por cada uno de los participantes de esta muestra de estudio.

Podemos comprobar que la puntuación mínima total obtenida fue de 17 puntos (N= 1) y la puntuación máxima obtenida fue de 42 puntos (N= 5).

La tabla 50 muestra la información descriptiva de la puntuación total obtenida en la escala UCLA dependiendo el género (véase también figura 13).

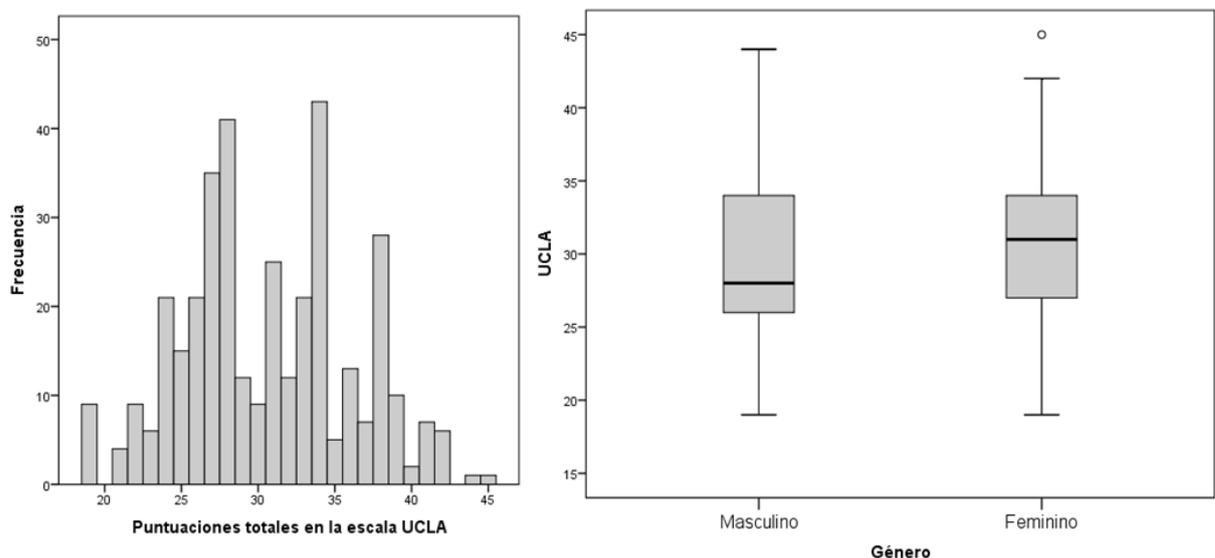


Figura 13. Histograma de las puntuaciones totales obtenidas en UCLA y diagrama de caja y bigotes según la variable género.

Encontramos un incremento de la media de la población femenina ($M= 22,05$; $DT= 5,62$) en comparación con población masculina ($M=27,72$; $DT= 5,28$). A pesar que ambas muestras presentan valores cercanos, se encontró que los participantes del sexo masculino presentaron menor soledad. Dada la magnitud de la escala (puntuación mínima de 17 y máxima de 72 puntos), estas medias indican la ausencia de soledad en ambos géneros.

La tabla 51 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en la UCLA para cada grupo de edad.

El primer grupo de edad (45-54 años) presenta una media de 30,50 y una desviación típica de 4,58. La puntuación mínima obtenida para este grupo fue de 23 puntos, y la máxima de 39 puntos. Con respecto al segundo grupo de edad (55 - 64 años), se puede observar una media ligeramente inferior a la del primer grupo, siendo ésta de 29,73 (DT = 5,39). Este grupo obtuvo una puntuación mínima de 19 puntos y una máxima de 42. El tercer grupo (65 - 74 años) presenta un media ligeramente inferior a la obtenida por el segundo grupo (M= 29,25; DT= 5,52), así como un rango de respuestas similar al grupo anterior, 17-42 puntos. El cuarto grupo de edad (75 - 84 años) muestra una caída notable de la media (M= 25,27, DT = 4,90), en comparación con los demás grupos de edad. Este grupo marcó un mínimo de 19 puntos y un máximo de 29 puntos en la escala. Por último, los participantes con edad mayor o igual a 85 años muestran una media considerablemente más baja que la media obtenida por los demás grupos de edad (M = 23,67, DT= 3,51). La puntuación mínima obtenida por éstos fue de 20 puntos, con un máximo de 27 puntos en la escala.

En el último grupo de edad (mayor o igual a 85 años de edad), se encontraron los valores más bajos de soledad percibida.

Tabla 51. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la UCLA en cada rango de edad.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
45 - 54	30,50	4,58	23 – 39
55 - 64	29,73	5,39	19 – 42
65 - 74	29,25	5,52	17 – 42
75 - 84	25,27	4,90	19 – 29
≥ 85	23,67	3,51	20 – 27

Con respecto a los jubilados y pensionistas (Tabla 52), el nivel de satisfacción con la vida no difiere en estos dos grupos. Sin embargo, los jubilados presentan valores levemente inferiores ($M= 28,64$; $DT=5,59$), en comparación con los participantes que siguen en activo ($M= 29,33$; $DT= 5,57$). Ambos grupos indican la no existencia de síntomas de soledad.

Tabla 52. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la UCLA en función de la actual situación profesional.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Jubilado	28,64	5,59	17 – 42
No jubilado	29,33	5,57	22 – 39

La tabla 53 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en la escala UCLA en función de la zona geográfica, es decir, si los participantes residen en áreas urbanas o rurales.

Podemos comprobar que las medias son similares entre los dos grupos, es decir, no hubo variaciones importantes en la puntuación total. El grupo que reside en zonas urbanas obtuvo una media de 28,59 ($DT= 5,54$), con una puntuación mínima de 18 puntos y una puntuación máxima de 42. Con respecto al grupo de participantes que

viveen las zonas rurales, hay una puntuación mínima de 17 puntos y una máxima de 42 puntos ($M = 29$; $DT = 5,81$).

Tabla 53. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la UCLA en función de la zona geográfica.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Urbana	28,59	5,54	18 - 42
Rural	29	5,81	17 - 42

La tabla 54 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en la escala UCLA dependiendo del tipo de zona de residencia.

Podemos comprobar que no se han encontrado altas puntuaciones de soledad en los participantes de las distintas regiones de Portugal. La región del Alentejo y los archipiélagos son las regiones geográficas con resultados superiores ($M= 29,17$; $DT=5,98$ y $M=29,71$; $DT=6,24$, respectivamente). Los participantes que residen en el centro de Portugal muestran una media de 28,98 ($DT = 5,64$) y los residentes en el norte del país un media de 28 ($DT=5,37$).

Tabla 54. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la UCLA en función de la región geográfica.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Norte	28	5,37	18 - 41
Centro	28,98	5,64	17 - 42
	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Alentejo	29,17	5,98	18 - 42
Islas	29,71	6,24	19 - 38

La tabla 55 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en SWLS en función del nivel de escolaridad.

En general, los tres niveles de escolaridad presentan medias similares entre sí. Los participantes que tienen estudios básicos presentan un media de 28,47 (DT= 5,59), los participantes que han finalizado la escolarización secundaria tienen una media de 28,41 (DT = 5,63), y los participantes que refieren un nivel de educación superior, tienen una media ligeramente superior a los otros dos grupos (M= 30,33, DT= 5,19). Las amplitudes de las puntuaciones totales de la escala son similares entre los tres grupos: el grupo de educación básica, con una puntuación mínima de 17 y una máxima de 42 puntos; el grupo de educación secundaria con una puntuación mínima de 18 y una máxima de 41 puntos; el grupo de la educación superior, con una puntuación mínima de 19 y una máxima de 42 puntos.

Tabla 55. Medias y desviaciones típicas obtenidas a partir de la UCLA en función de los niveles de escolaridad.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Educación Básica	28,47	5,59	17 – 42
Educación Secundaria	28,41	5,63	18 – 41
Educación Superior	30,33	5,19	19 – 42

La tabla 56 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en la escala UCLA en función de su estado civil.

En un análisis general, se puede observar que las medias de la puntuación total de la escala son similares para todos los estados civiles, a excepción del grupo de los viudos, con un valor inferior. Por lo tanto, el grupo de divorciados presenta valores más altos en comparación con los otros grupos (M= 30,50, DT= 5,48). El grupo de los solteros (M= 29,95, DT=7,34) y el grupo de los casados (M = 29,79, DT= 5,28) presentan valores similares en la puntuación de la escala UCLA. El grupo de los viudos fue el que mostró menor puntuación en esta escala (M= 24,82; DT= 5,14). Globalmente, todos los grupos tienen valores que indican la ausencia de soledad percibida por los

participantes.

Tabla 56. Medias y desviaciones típicas obtenidas de la UCLA en relación al estado civil.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Solteros	29,95	7,34	18 - 42
Casados	29,79	5,28	18 - 42
Divorciados	30,50	5,48	19 - 42
Viudos	24,78	3,91	17 - 36

En el tabla 57 podemos observar los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en la escala UCLA en relación a la organización familiar.

En un análisis general, podemos observar que las diversas constituciones del hogar muestran ausencia de soledad percibida por los participantes. Así mismo, la mayor media se encontró en aquellos participantes que viven con otros familiares ($M=33,1$, $DT= 6,51$) y los que viven con sus cónyuges, hijos y nietos ($M = 31,50$; $DT= 9,19$). Además, valores similares fueron referidos por los participantes que viven con sus cónyuges ($M=29,52$; $DT= 5,30$) y por quienes viven con sus cónyuges y sus hijos ($M= 29,10$; $DT= 4,27$). Los que viven sólo con sus hijos presenta una menor media, concretamente de $27,50$ ($DT= 5,36$). El menor valor obtenido fue para los participantes que viven solos ($26,73$; $DT= 5,86$).

Tabla 57. Medias y desviaciones típicas obtenidas a partir de la UCLA en relación a las personas que conviven en el hogar.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Con el cónyuge	29,52	5,30	18 - 42
Solo	26,73	5,86	17 - 42
Cónyuge e hijos	29,10	4,27	20 - 39
Con los hijos	27,52	5,36	20 - 39
Cónyuge, hijos y nietos	31,50	9,19	25 - 38
Otros parientes	33,1	6,51	25 - 42

La tabla 58 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en la escala UCLA en función de la pregunta "¿cuánto tiempo hace que frecuenta la Universidad de la Tercera Edad?".

De manera general, se puede constatar la ausencia de síntomas de soledad independientemente del tiempo que hace que los participantes asisten a la Universidad. Los estudiantes que asisten desde hace 1 año ($M = 27,46$; $DT=6,12$) y 5 o más años ($M=27,67$; $DT = 5,67$) son los que presentan valores más bajos en comparación con otros grupos.

Por lo tanto, las personas que asisten desde hace menos de 1 año tienen una media de 29,02 ($DT= 5,57$), los que asisten desde hace 2 y 3 años tiene prácticamente la misma media ($M= 29,38$; $DT= 5,37$ y $M=29,43$; $DT=5,61$, respectivamente), y los que asisten desde hace 4 años presentan un valor inferior al último grupo ($M= 28,22$; $DT= 4,82$).

Tabla 58. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la UCLA en función de la pregunta "¿Cuánto tiempo hace que acude a la Universidad de la Tercera Edad?".

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Menos de 1 año	29,02	5,57	19 - 41
1 año	27,46	6,12	18 - 40
2 años	29,38	5,37	20 - 42
3 años	29,43	5,61	17 - 42
4 años	28	4,82	22 - 41
5 o más años	27,67	5,67	18 - 42

La tabla 59 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en la escala UCLA en función de la pregunta "¿Cuál es el motivo de la entrada en la Universidad de la Tercera Edad?".

Tabla 59. Medias y desviaciones típicas obtenidas a partir de la UCLA en función de la pregunta "¿Cuál fue el motivo de la entrada en la Universidad de la Tercera Edad?".

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Ocupación del tiempo libre	29	5,38	18 - 42
Más información / mantenerse activo cognitivamente	31,33	5,32	22 - 39
	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Convivencia	29	3,88	20 - 35
Convivencia y para obtener más información	27,33	5,71	17 - 42

Los participantes que se inscribieron en las UTE con el objetivo de aprender más

y permanecer cognitivamente activos presentan un nivel de satisfacción con la vida ligeramente más alto ($M = 31,33$, $DT = 5,32$). La convivencia y la ocupación del tiempo libre presentan valores similares ($M=29$; $DT=3,88$ y $M=29$; $DT=5,38$, respectivamente). Los participantes que asisten las UTE para convivir y aprender más muestran una media menor de satisfacción en relación con el resto de la muestra ($M=27,33$; $DT= 5,70$).

Escala Geriátrica de Depresión

La tabla 60 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida por la muestra en la Escala Geriátrica de Depresión.

Dada la magnitud de la escala (puntuación mínima de 0 y máxima de 30 puntos) y los intervalos (puntuación normativa entre 0 y 10, que se refiere a la ausencia de sintomatología depresiva; resultados entre 11 y 20, que indican presencia de sintomatología depresiva leve y, por último, puntuaciones entre 21 y 30 para síntomas graves de depresión), la muestra presenta una media ($M= 6,67$; $DT= 3,83$), que indica la ausencia de depresión entre los participantes del presente estudio.

Tabla 60. Media y desviación típicas de la puntuación total del GDS.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mínima-Máxima</i>
GDS	6,67	3,83	0 - 19

La tabla 61 muestra la información descriptiva de la puntuación total obtenida en la Escala de Depresión Geriátrica en función del género.

A pesar que las medias son muy similares, las mujeres presentan una media ligeramente superior de sintomatología depresiva ($M= 6,73$; $DT= 3,93$) en comparación con la muestra masculina ($M= 6,52$; $DT = 3,6$). En cualquier caso, ambos grupos muestran ausencia de síntomas depresivos.

Tabla 61. Media y desviación típica de la puntuación total de la GDS en función del género.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Hombres	6,52	3,6	0 - 18
Mujeres	6,73	3,93	0 - 19

La tabla 62 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en la Escala de Depresión Geriátrica para cada rango de edad establecido.

El primer grupo de edad (45-54 años) obtuvo un media de 5,92 y una desviación típica de 3,39. La puntuación mínima obtenida para este grupo fue de 1 punto, y la puntuación máxima de 11 puntos. Con respecto al segundo grupo de edad (55 - 64 años), se puede observar una media ligeramente inferior a la del primer grupo, 5,55 (DT = 3,3). Este grupo mostró una puntuación mínima de 0 puntos y una máxima de 16 puntos.

Tabla 62. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la GDS en cada rango de edad.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
45 – 54	5,92	3,39	1 -11
55 – 64	5,55	3,3	0 – 16
	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
65 – 74	6,69	4	0 – 19
75 – 84	8,33	3,42	0 – 18
≥ 85	12	2,64	10 – 15

El tercer grupo (65-74 años) presenta una media levemente superior a la obtenida por el segundo grupo (M= 6,69; DT= 4), y un rango de respuesta similar al grupo anterior (0-19 puntos). El cuarto grupo de edad (75-84 años) muestra un aumento

considerable de la media ($M=8,33$; $DT=3,42$), en comparación con los otros grupos de edad. Este grupo marcó un mínimo de 0 puntos y un máximo de 18 puntos en la escala. Por último, los participantes con edad mayor o igual a 85 años muestran un media considerablemente más alta que la media obtenida por los otros grupos de edad ($M= 12$; $DT= 2,64$). La puntuación mínima obtenida por estos grupos fue de 10 puntos, con un máximo de 15 puntos en la escala. Ningún grupo, a excepción del último, presentó sintomatología depresiva. A su vez, las personas con 85 o más años de edad mostraron, a través de sus puntuaciones, la posible existencia de sintomatología depresiva leve.

La tabla 63 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en la Escala de Depresión Geriátrica en función de la zona geográfica, es decir, si los participantes residen en áreas urbanas o rurales.

Podemos observar que las medias son similares en los dos grupos, es decir, no hubo variaciones importantes en la puntuación total. El grupo que se encuentra vive en los espacios urbanos obtuvo una media de 6,54 ($DT = 3,78$), con una puntuación mínima de 0 puntos y una máxima de 19 puntos. Con respecto al grupo de participantes que vive en las zonas rurales, hay una puntuación mínima de 0 puntos y una máxima de 19 puntos ($M = 7,4$; $DT = 4,09$). Las puntuaciones de ambos grupos muestran ausencia de sintomatología depresiva.

Tabla 63. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GDS en función del tipo de residencia del alumno.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Urbana	6,541	3,78	0 - 19
Rural	7,4	4,09	0 - 19

La tabla 64 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en la Escala de Depresión Geriátrica en función de la región geográfica de residencia del alumno.

Podemos comprobar que no se encontraron síntomas depresivos en los

participantes de las distintas regiones de Portugal. Los participantes residentes en el norte ($M=6,88$; $DT= 3,96$), centro ($M=6,64$; $DT=3,74$) y en las islas ($M= 6,18$; $DT= 3,50$) presentan valores muy similares entre sí. El Alentejo es el territorio nacional que muestra una media ligeramente inferior ($M= 5,83$; $DT= 4,27$).

Tabla 64. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GDS dependiendo de la región geográfica.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Norte	6,88	3,96	1 - 19
Centro	6,64	3,74	0 - 19
Alentejo	5,83	4,27	0 - 16
Islas	6,18	3,50	1 - 14

La tabla 65 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en la Escala de Depresión Geriátrica en función del nivel de escolaridad.

En general, los tres niveles de escolaridad no presentaron medias muy discrepantes entre sí, y coinciden en mostrar ausencia de sintomatología depresiva. Los participantes con educación básica mostraron una media de 7,36 ($DT=3,73$), los participantes con educación secundaria mostraron una media de 6,27 ($DT=3,95$), mientras que los sujetos que presentan un nivel de escolaridad superior tienen una media ligeramente inferior a los otros dos grupos ($M=5,86$; $DT= 3,32$). Las amplitudes de las puntuaciones totales de la escala son iguales entre grupos, con unas puntuaciones mínimas de 0 y máximas de 19 puntos (a excepción de los participantes con educación superior que mostraron una puntuación mínima de 1 punto y máxima de 16 puntos).

Tabla 65. Medias y desviaciones típicas obtenidas en el GDS en función del nivel de escolaridad.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
--	----------	-----------	----------------------

Educación Básica	7,36	3,73	0 – 19
Educación Secundaria	6,27	3,95	0 – 19
Educación superior	5,86	3,32	1 – 16

Con respecto a los alumnos jubilados y los no jubilados (Tabla 66), la ausencia de síntomas depresivos entre estos dos grupos parece prevalecer. Sin embargo, los pensionistas tienen valores ligeramente más altos de sintomatología depresiva ($M=6,68$, $DT=3,85$), en comparación con los participantes que siguen en activo ($M= 5,83$; $DT= 2,71$). Ambos grupos indican ausencia de los síntomas recogidos en el GDS.

Tabla 66. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GDS en función de la actual situación profesional.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Jubilado	6,68	3,85	0 - 19
No jubilado	5,83	2,71	1 - 9

La tabla 67 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en la Escala de Depresión Geriátrica en función de su estado civil.

En un análisis general, podemos observar que las medias de la puntuación total son ligeramente discrepantes en los cuatro estados civiles, pero todas ellas indican ausencia de sintomatología depresiva. El grupo de viudos presenta valores más altos en comparación con los otros grupos ($M=8,75$; $DT=2,67$), mientras que los participantes casados corresponden al grupo con menor media ($M= 5,81$; $DT= 3,67$). El grupo de solteros presentó una media de 7,5 ($DT=4,76$) y el de divorciados de 6,46 ($DT=4,82$).

Tabla 67. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GDS en relación al estado civil.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
--	----------	-----------	----------------------

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

Soltero	7,5	4,76	1 - 18
Casado	5,81	3,67	0 - 18
Divorciado	6,46	4,82	1 - 19
Viudo	8,75	2,67	3 - 19

En la tabla 68 podemos observar los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en la Escala de Depresión Geriátrica en función de la familia.

Tabla 68. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GDS en función de la convivencia familiar.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Con el cónyuge	5,98	3,80	0 - 18
Solo	8,03	3,61	1 - 19
Cónyuge e hijos	5,27	2,74	1 - 11
Con los hijos	8,19	4,09	1 - 19
Cónyuge, hijos y nietos	5,50	2,12	4 - 7
Otros parientes	8,14	5,04	4 - 18

Todas las diferentes constituciones del hogar muestran la ausencia de sintomatología depresiva. Aun así, podemos observar una media mayor en los participantes que viven solos ($M= 11,05$; $DT= 3,61$), con sus hijos ($M=8,19$; $DT=4,09$) y con otros miembros de la familia ($M=8,14$; $DT=5,04$). Los valores más bajos se encontraron en los participantes que viven con su cónyuge ($M=5,98$; $DT= 3,80$), con su cónyuge e hijos ($M= 5,27$; $DT=2,74$) y con su cónyuge, hijos y nietos ($M= 5,50$; $DT= 2,12$).

La tabla 69 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en Escala de Depresión Geriátrica en función de la pregunta "¿Cuánto tiempo hace que acude a la Universidad de la Tercera Edad?".

De manera general, se puede observar la ausencia de síntomas depresivos independientemente del tiempo transcurrido desde la incorporación de los alumnos a las UTE. Los estudiantes que asisten a las UTE menos de 1 año ($M= 6,53$; $DT= 3,77$), hace 1 año ($M= 6,57$; $DT=4,74$) y 5 o más años ($M= 6,75$; $DT= 4,04$) presentan valores muy similares entre sí. Los valores más bajos se encontraron en los grupos de los participantes que asisten a las UTE desde hace 3 años ($M= 5,95$; $DT= 3,58$) y 4 años ($M= 5,48$; $DT= 3,10$). A su vez, el grupo que corresponde a los participantes que asisten a la UTE desde hace 2 años presenta la puntuación media mayor, en comparación con los otros grupos ($M=7,85$, $DT=3,48$).

Tabla 69. Medias y desviaciones típicas obtenidas en el GDS en relación a la pregunta "¿Cuánto tiempo hace que acude a la Universidad de la Tercera Edad?".

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínima-Máxima
Menos de 1 año	6,53	3,77	0 - 19
1 año	6,57	4,74	1 - 18
2 años	7,85	3,48	1 -19
3 años	5,95	3,58	0 - 18
4 años	5,48	3,10	0 - 11
5 o más años	6,75	4,04	1 -18

La tabla 70 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en la Escala de Depresión Geriátrica en función de la pregunta "¿Cuál fue el motivo de la entrada en la Universidad de la Tercera Edad?".

En conjunto, podemos comprobar que ninguno de los grupos presenta sintomatología depresiva. Los participantes que se sumaron a las UTE con el objetivo de aprender más y permanecer cognitivamente activos, presentaron los niveles de sintomatología depresiva más bajos ($M= 5,79$; $DT= 2,61$). A continuación, aquellos cuyos objetivos eran "socializar" y "convivencia y aprender más" cuentan con valores bastante similares ($M= 6,50$; $DT=4,30$ y $M= 6,37$; $DT=3,51$, respectivamente). La

motivación "ocupación del tiempo libre" presentó los valores más altos ($M= 8,12$; $DT= 4,65$).

Tabla 70. Medias y desviaciones típicas obtenidas en el GDS en relación a la pregunta "¿Cuál fue el motivo de su entrada en la Universidad de la Tercera Edad?".

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínimo- Máximo
Ocupación del tiempo libre	8,12	4,65	1 -19
Más información / mantenerse activo cognitivamente	5,70	2,61	1 – 12
Convivencia	6,50	4,30	1 – 11
Convivencia y para obtener más información	6,37	3,51	0 – 16

Inventario de Ansiedad Geriátrica

La tabla 71 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en el Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI).

Dada la magnitud de la escala (puntuación mínima de 0 y máxima de 20 puntos) y su correspondiente punto de corte para la indicación de la posible presencia de sintomatología ansiosa (puntuación mayor que 8/9 puntos), la muestra obtuvo una media de 6,65 y una desviación típica de 4,77). Este valor podría traducirse como ausencia de sintomatología ansiosa en los participantes del presente estudio. Así mismo, esta misma tabla nos muestra información descriptiva de la puntuación total obtenida en el Inventario de Ansiedad Geriátrica en función del género.

A pesar de que las medias son muy similares, ésta es ligeramente superior en las mujeres ($M= 6,75$; $DT= 4,69$). No obstante, ambas indican ausencia de sintomatología ansiosa.

Tabla 71. Media y desviación típicas de la puntuación total de la GAI.

	<i>M</i>	DT	Mínima-Máxima
Total GAI	6,65	4,77	0 – 20
Hombres	6,44	4,97	0 – 20
Mujeres	6,75	4,69	0 – 20

La tabla 72 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en el Inventario de Ansiedad Geriátrica para cada rango de edad establecido.

El primer grupo de edad (45-54 años) presentó una media de 6,92 y una desviación típica de 6,76. La puntuación mínima obtenida para este grupo fue de 0 puntos, y la puntuación máxima de 18 puntos. Con respecto al segundo grupo de edad (55 - 64 años), se puede observar un media ligeramente inferior a la del primer grupo, 5,94 (DT = 4,54). Este grupo mostró un mínimo de 0 puntos y un máximo de 20 puntos. El tercer grupo (65 - 74 años) presenta un media levemente superior a la obtenida por el segundo grupo (M=6,68; DT= 4,98) y muestra un rango de respuestas similar al grupo anterior, de 0 a 20 puntos. En el cuarto grupo de edad (75 - 84 años) aparece un aumento de la media (M= 7,55; DT= 4,09), en comparación con los otros grupos de edad. Este grupo tuvo un mínimo de 0 puntos y un máximo de 19 puntos en la escala. Por último, los participantes con edad mayor o igual a 85 años muestran una media considerablemente más alta que la media obtenida por los otros grupos de edad (M= 10,33; DT= 3,51). La puntuación mínima obtenida por éstos fue de 7 puntos, y el máximo en la escala fue de 14 puntos. Ningún grupo, excepto el último, presentó sintomatología ansiosa. Las puntuaciones de las personas con 85 o más años de edad sí indicaron la posibilidad de la existencia de sintomatología ansiosa.

Tabla 72. Medias y desviaciones típicas obtenidas en el GAI en cada rango de edad.

	<i>M</i>	DT	Mínimo-Máximo
45 - 54	6,92	6,76	0 - 18

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

55 - 64	5,94	4,54	0 - 20
65 - 74	6,68	4,98	0 - 20
75 - 84	7,55	4,09	0 - 19
≥ 85	10,33	3,51	7 - 14

La tabla 73 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en el Inventario de Ansiedad Geriátrica en función del tipo de zona geográfica de residencia, es decir, si los participantes residen en áreas urbanas o rurales.

Podemos comprobar que las medias son similares entre los dos grupos, es decir, no hubo variaciones importantes en la puntuación total. El grupo que reside en espacios urbanos obtuvo una media de 6,56 (DT = 4,78), con una puntuación mínima de 0 puntos y una máxima de 20 puntos. Con respecto al grupo de los participantes que vive en las zonas rurales, el rango osciló entre los 0 y los 19 puntos (M= 7,15; DT = 4,72). Ambos grupos mostraron ausencia de sintomatología ansiosa.

Tabla 73. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GAI en función de la zona geográfica.

	M	DT	Mínimo-Máximo
Urbana	6,56	4,78	0 - 20
Rural	7,15	4,72	0 - 19

La tabla 74 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en el Inventario de Ansiedad Geriátrica dependiendo del tipo de región geográfica de residencia de los alumnos.

Podemos observar que no se encontraron síntomas ansiosos en los participantes de las distintas regiones de Portugal. Los participantes que residen en el norte (M= 6,61; DT= 4,55) y en el centro (M= 6,96; DT= 4,98) presentan valores muy similares entre sí. Alentejo (M= 5,11; DT= 4,43) y las islas (M= 5,29; DT= 4,57) tienen medias inferiores.

Tabla 74. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GAI dependiendo de la región geográfica.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínimo-Máximo
Norte	6,61	4,55	0 - 20
Centro	6,96	4,98	0 - 19
Alentejo	5,11	4,43	0 - 18
Islas	5,29	4,57	0 - 20

La tabla 75 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en el Inventario de Ansiedad Geriátrica en relación con el nivel de escolaridad.

En general, los tres niveles de escolaridad no presentaron medias muy discrepantes entre sí. Los participantes con educación básica mostraron una media de 7,82 (DT=4,90); por su parte, los participantes con educación secundaria mostraron una media de 5,76 (DT=4,67) y, finalmente, los participantes con educación superior mostraron una media ligeramente mayor que el último grupo (M= 6,24; DT= 3,90). Las amplitudes son iguales en los grupos de participantes con educación básica y superior (con una puntuación mínima de 0 puntos y una máxima de 19). Entre los participantes que asistieron a la escuela secundaria encontramos una puntuación mínima de 1 punto y una máxima de 20 puntos.

Tabla 75. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GAI en función de los niveles de escolaridad.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínimo-Máximo
Educación Básica	7,82	4,90	0 - 19
Educación	5,76	4,67	0 - 20

Secundaria

Educación Superior	6,24	3,90	0 - 19
---------------------------	------	------	--------

La tabla 76 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en el Inventario de Ansiedad Geriátrica en función del estado civil.

En un análisis general, podemos observar que las medias son ligeramente discrepantes entre los cuatro estados civiles, y no todos los grupos muestran ausencia de sintomatología ansiosa. El grupo de los viudos (M= 8,55; DT= 3,52) y el grupo de solteros (M= 8,32; DT=6,48) tienen valores más altos que los otros grupos. Los participantes casados corresponden al grupo que presentó una media menor (M= 5,76; DT=4,74), mientras que el grupo de personas divorciadas mostró una media de 6,68 (DT=5,05).

Tabla 76. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GAI en función del estado civil.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínimo-Máximo
Soltero	8,32	6,48	0 – 19
Casado	5,76	4,74	0 – 20
Divorciado	6,68	5,05	0 – 19
Viudo	8,55	3,52	2 – 18

En la tabla 77 podemos observar los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en el Inventario de Ansiedad Geriátrica en función de la familia.

Las diferentes constituciones de hogar muestran diferencias en cuanto a la sintomatología ansiosa. Los que viven solos (M= 8,17; DT= 4,66) muestran posible existencia de sintomatología ansiosa. Los que viven con sus hijos (M=7,90, DT=2,93) y con otros familiares (M=7,86, DT=5,17) también muestra valores altos, casi en el valor correspondiente al punto de corte. Las personas que viven con su cónyuge e hijos (M= 6,67; SD=4,78) y sólo con su cónyuge (M= 5,74; DT=4,77) muestran una media

ligeramente inferior. Los participantes que viven con el cónyuge, hijos y nietos tienen un resultado inferior a los otros grupos ($M= 2$; $DT= 5,17$).

Tabla 77. Medias y desviaciones típicas obtenidas en el GAI en función de la familia.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínimo-Máximo
Con el cónyuge	5,74	4,77	0 – 20
Solo	8,17	4,66	0 – 19
Cónyuge e hijos	6,67	4,78 -	0 – 15
Con los hijos	7,90	2,93	3 – 14
Cónyuge, hijos y nietos	2	2,82	0 – 4
Otros parientes	7,86	5,17	4 – 19

Con respecto a los jubilados y no jubilados (Tabla 78), encontramos ausencia de sintomatología ansiosa. De hecho, los valores son muy similares entre sí; los jubilados muestran una media de 6,66 ($DT=4,79$), mientras que los sujetos que no están jubilados tienen una media de 6,17 ($DT=4,16$).

Tabla 78. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GAI en función de la situación profesional.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínimo-Máximo
Jubilado	6,66	4,79	0 - 20
No jubilado	6,17	4,16	3 - 14

La tabla 80 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en el Inventario de Ansiedad Geriátrica en relación con la pregunta "¿Cuánto tiempo hace que acude a la Universidad de la Tercera Edad?".

De manera general, podemos observar la ausencia de sintomatología ansiosa

independientemente del tiempo que acuden a la Universidad. Los estudiantes que asisten menos de 1 año ($M= 6,47$; $DT= 4,63$), desde hace 3 años ($M=6,01$; $DT=4,42$) y desde hace 5 o más años ($M=6,85$; $DT=4,82$) presentan valores muy similares entre sí. Los valores más bajos se obtienen en participantes que se incorporaron a las UTE hace 1 año ($M=5,86$; $DT= 6,03$) y 4 años ($M=4,90$; $DT= 3,36$). A su vez, el grupo que corresponde a los participantes que asisten a las UTE hace 2 años presentó la mayor de las medias ($M=8,19$; $DT= 4,67$).

Tabla 79. Medias y desviaciones típicas obtenidas en el GAI en función de la pregunta "¿Cuánto tiempo hace que acude a la Universidad de la Tercera Edad?".

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínimos- Máximos
Menos de 1 año	6,47	4,63	0 - 20
1 año	5,86	6,03	0 - 19
2 años	8,19	4,67	0 - 19
3 años	6,01	4,42	0 - 19
4 años	4,90	3,36	0 - 12
5 o más años	6,85	4,82	0 - 20

La tabla 80 presenta los valores descriptivos de la puntuación total obtenida en el Inventario de Ansiedad Geriátrica en función de la pregunta "¿Cuál fue el motivo de su entrada en la Universidad de la Tercera Edad?".

Los participantes que se unieron a las UTE con el objetivo de aprender más y permanecer cognitivamente activos, presentaron un nivel más bajo de ansiedad que los otros grupos ($M= 5,30$; $DT=2,95$). La "ocupación del tiempo libre" y "convivencia y obtener más información" muestran puntuaciones medias bastante similares ($M=6,74$, $DT=5,59$ y $M=6,76$, $DT=4,91$, respectivamente). Aquellos cuya principal razón fue "socializar" mostró valores superiores al resto ($M=8,42$, $DT= 4,32$).

Tabla 80. Medias y desviaciones típicas obtenidas en GAI en función de la pregunta "¿Cuál fue el motivo de su entrada en la Universidad de la Tercera Edad?".

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínimo- Máximo
Ocupación del tiempo libre	6,74	5,59	0 - 20
Más información / mantenerse cognitivamente activo	5,30	2,95	0 - 12
Convivencia	8,42	4,32	0 - 18
Convivencia y para obtener más información	6,76	4,91	7 - 19

3. Propiedades psicométricas de los instrumentos administrados

En el siguiente apartado se procedió a examinar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en este trabajo. En primer lugar, estudiamos la consistencia interna a través del alfa de Cronbach y Kuder-Richardson-20, dependiendo de la naturaleza de medida de la escala empleada. Posteriormente, en la medida de lo posible, y en función de las características inherentes al instrumento, se llevaron a cabo análisis factoriales exploratorios, con el método de extracción del Análisis de Componentes Principales (ACP), y análisis factoriales confirmatorios con el método de máxima verosimilitud.

3.1. SWLS (Satisfacción con la Vida)

El análisis de la fiabilidad, a través del alpha de Cronbach sobre consistencia

interna, mostró niveles óptimos ($\alpha = 0,77$). Respecto a los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, la escala SWLS mostró ser una escala unidimensional, proporcionando dicho factor un 52,58% de la varianza explicada (véase Tabla 81).

Tabla 81. Autovalor correspondiente al análisis factorial exploratorio de la escala SWLS sobre satisfacción.

Componentes	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,629	52,582	52,582	2,629	52,582	52,582
2	,822	16,433	69,015			
3	,640	12,797	81,812			
4	,530	10,608	92,420			
5	,379	7,580	100,000			

La unidimensionalidad de la escala también puede apreciarse a través del gráfico de sedimentación de la Figura 14.

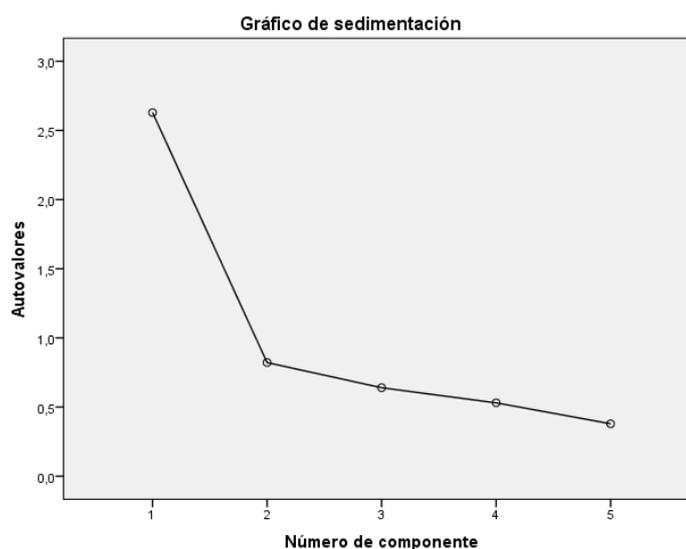


Figura 14. Gráfico de sedimentación de la escala SWLS sobre satisfacción.

En relación a la validez del Análisis Factorial Exploratorio (AFE), la prueba de esfericidad de Barlett mostró un $p < 0,001$, con un valor de X^2 de 460,40 ($gl = 10$) y el valor del índice muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,78.

La figura 15 muestra los pesos factoriales para cada ítem de la escala. Los índices de bondad de ajuste globales de la escala fueron: $X^2 = 10,05$; $p > .05$ ($gl = 4$); CFI = 0,98; NFI = 0,97; IFI = 0,98; RMR=0,03; RMSEA=0,06.

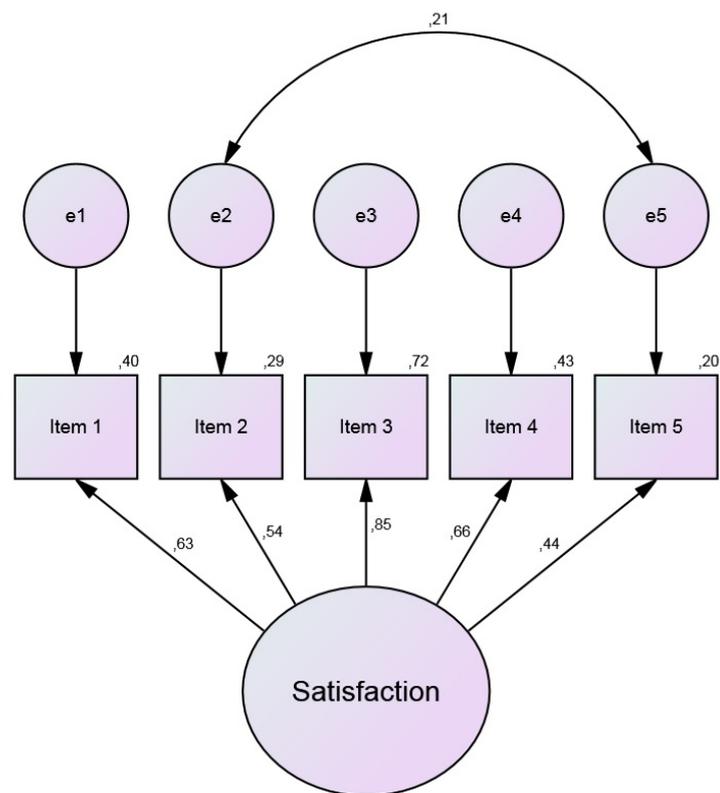


Figura 15. Cargas factoriales de la escala SWLS sobre satisfacción.

3.2 Escala de Soledad de la Universidad de California – Los Ángeles (UCLA)

El análisis de la fiabilidad de la Escala UCLA-18, a través del alpha de Cronbach sobre consistencia interna, mostró valores óptimos ($\alpha = 0,76$). El valor del índice muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,56, cercano al nivel aceptable de 0,60. Si hubiéramos podido continuar con el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), la prueba de esfericidad de Barlett hubiera mostrado un $p < 0,001$ con un valor de X^2 de 2166,73 ($gl = 153$).

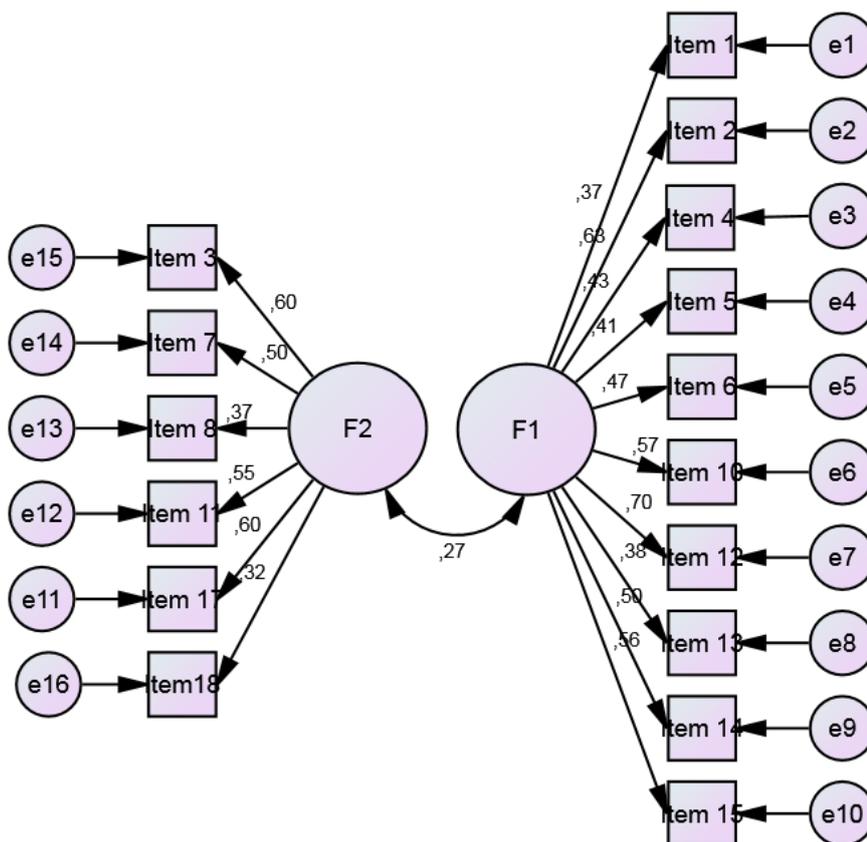


Figura 16. Cargas factoriales de la Escala de Soledad de la Universidad de California – Los Ángeles (UCLA).

La figura 16 muestra los pesos factoriales para cada ítem de la escala, que habría indicado, en caso de haber encontrado un valor óptimo de KMO, dos factores. Los índices de bondad de ajuste globales de la escala obtenidos han estado por debajo de lo esperado: $\chi^2 = 796,58$; $p < 0,001$ ($g/ = 102$); CFI= 0,55; NFI = 0,52; IFI= 0,55; RMR=0,04; RMSEA=0,13.

Por ello, se recurrió a la Escala UCLA-6. El análisis de la fiabilidad de este conjunto de ítems, a través del alpha de Cronbach sobre consistencia interna, mostró niveles óptimos ($\alpha = 0,69$). Respecto al Análisis factorial exploratorio y confirmatorio, la Escala UCLA-6 mostró un único factor que explicó casi el 60% de la varianza.

Tabla 82. Análisis factorial exploratorio de la Escala de Soledad de la Universidad de California – Los Ángeles (UCLA).

Componentes	Total		% de la varianza			
	2,486	41,438	% acumulado	Total	% varianza	% acum.
2	1,093	18,211	41,438	2,486	41,438	41,438
3	,779	12,986	59,649	1,093	18,211	59,649
4	,739	12,314	72,634			
5	,515	8,586	84,949			
6	,388	6,465	93,535			

Otro criterio en la eliminación de factores es el gráfico de sedimentación que, así mismo, indicó un único factor (véase Figura 16).

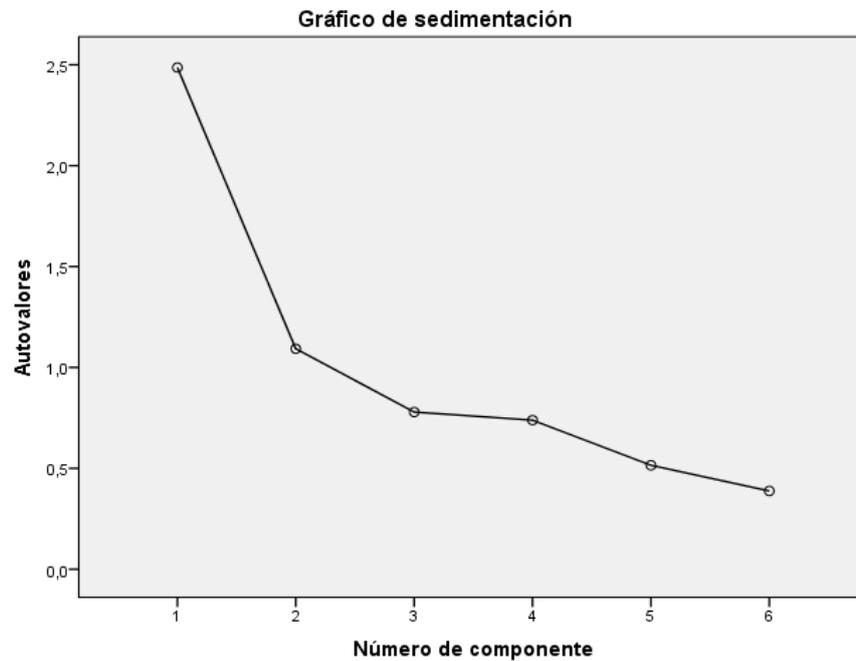


Figura 16. Gráfico de sedimentación de la escala UCLA (soledad).

Finalmente se optó por dos factores. En relación a la validez del Análisis Factorial Exploratorio (AFE), la prueba de esfericidad de Barlett fue de $p < 0,001$ con un valor de χ^2 de 417,73 ($gl= 15$) y el valor del índice muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,70.

La figura 17 muestra los pesos factoriales para cada ítem de la escala. Los índices de bondad de ajuste globales de la escala fueron $\chi^2 = 11,17$; $p > 0,05$ ($gl= 7$); CFI= 0,99; NFI = 0,97; IFI = 0,99; RMR=0,001; RMSEA=0,04.

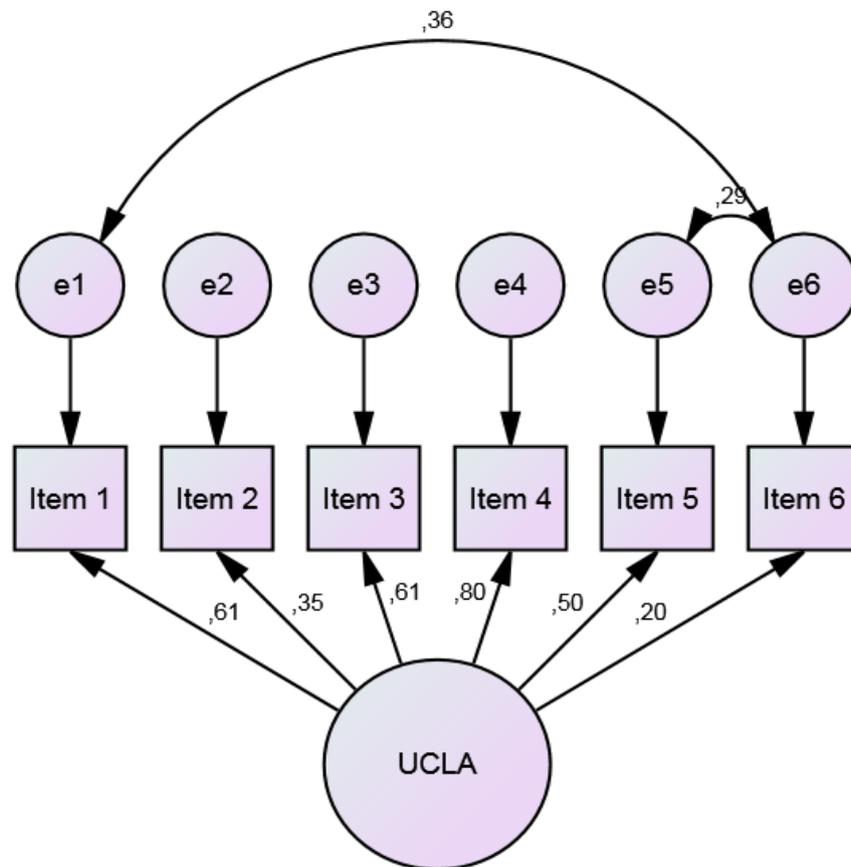


Figura 17. Cargas factoriales de la Escala de Soledad de la Universidad de California – Los Ángeles (UCLA).

3.3 GDS (Cuestionario de Depresión de Yesavage)

El GDS, al tratarse de una escala dicotómica y no continua, presenta ciertas diferencias frente al resto de escalas empleadas en este trabajo. En primer lugar, se empleó Kuder-Richardson-20 en el análisis de la fiabilidad. Éste fue de 0,67. Este tipo de variables no encajan, en principio, dentro del modelo del análisis factorial (Kim y Mueller, 1994). Por este motivo, no se desarrollaron ni análisis factoriales exploratorios ni confirmatorios.

3.4 GAI (Cuestionario de Ansiedad Geriátrica)

Al igual que el GDS, el GAI, al tratarse de una escala dicotómica (con valores de 1 y 2) y no continua, presenta ciertas diferencias frente al resto de escalas empleadas en este trabajo. Por ello, se empleó Kuder-Richardson-20 en el análisis de la fiabilidad. Ésta fue de 0,87. Por tanto, al igual que en la escala GDS, no se desarrollaron análisis factoriales exploratorios ni confirmatorios.

4. Análisis de las relaciones entre los diferentes constructos

A la hora de seleccionar el método de correlación, a los efectos de examinar las relaciones entre constructos, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. La Tabla 83 muestra la matriz de relaciones entre variables.

Tabla 83. Matriz de correlaciones entre los diferentes constructos empleados.

	SWLS	UCLA	GDS	GAI
SWLS	1,000	-,210**	-,144**	-,143**
UCLA	-,210**	1,000	0,368**	0,030*
GDS	-,144**	0,368**	1,000	0,572**
GAI	-,143**	0,03	0,572**	1,000

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como puede observarse en la tabla, SWLS se relaciona de forma inversa con las escalas UCLA, GDS y GAI, mientras que la escala GDS se relaciona de forma directa con UCLA y GAI. Esto también puede apreciarse en las Figuras siguientes:

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

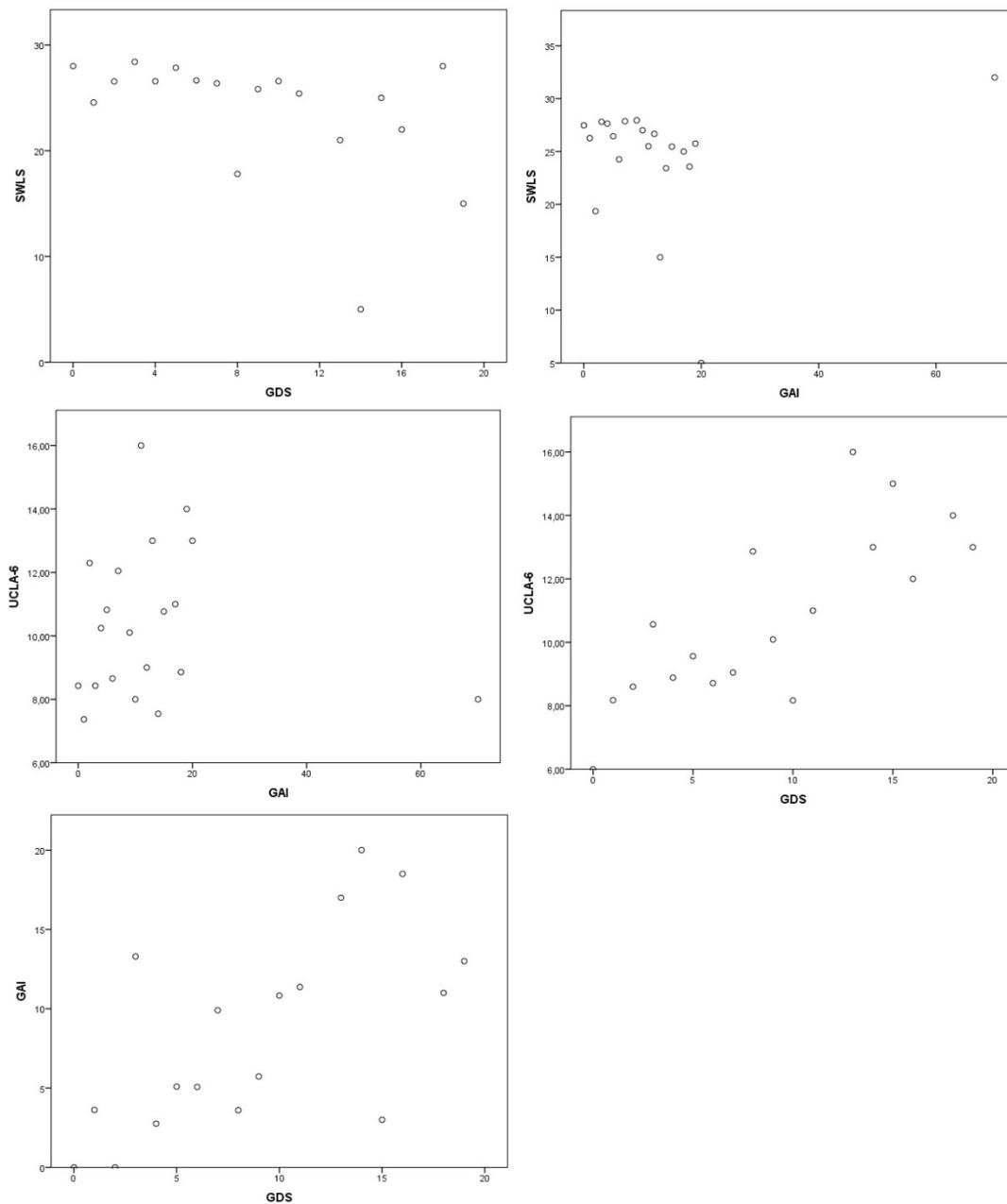


Figura 18. Diagramas de dispersión de los diferentes constructos empleados.

Así mismo, se realizó el análisis de los diferentes constructos con la variable edad y tiempo acudiendo a las UTE. No obstante, sólo se encontró una relación directa entre estas dos variables, edad y tiempo acudiendo a las UTE ($r=0,215$; $p<0,01$), pero no con los constructos seleccionados.

5. Estudio de las diferencias en términos de género, estado civil, zona geográfica de residencia y familiares que comparten el hogar.

En el siguiente apartado de resultados se intentaron examinar las diferencias en las diferentes escalas respecto al género de los participantes; no obstante, a través de la prueba t de *Student*, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al género ($p > 0,05$).

Respecto al estado civil, se realizó un ANOVA de un factor. Todas las condiciones cumplieron el supuesto de homogeneidad, a excepción de la escala GAI. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las escalas SWL y UCLA-6 respecto a los diferentes grupos ($F < 1$). No obstante, la escala GAI mostró diferencias estadísticamente significativas, aunque debemos recordar que, en este caso, no se cumplió uno de los supuestos ($F_{(3,362)}=3,35$; $MCE=267,24$; $p < 0,05$). En el caso de la escala GDS, se rondó la significación estadística ($F_{(3,361)}=2,36$; $MCE=32,70$; $p=0,07$).

En cuanto a la zona geográfica, nuevamente se realizó un ANOVA de un factor. Todas las escalas cumplieron el supuesto de homogeneidad de varianza, no obstante, ninguna alcanzó el nivel de significación estadística ($F < 1$).

Las diferencias entre los grupos de participantes que comparten el hogar con diferentes familiares fueron evaluadas nuevamente a través de un ANOVA de un factor. Todas las escalas cumplieron el supuesto de homogeneidad de varianza a excepción de la escala SWLS, no obstante, ninguna alcanzó el nivel de significación estadística ($F < 1$).

6. Modelo causal predictivo basado en redes bayesianas.

En la fase final del presente trabajo proponemos el uso de otras herramientas alentadoras como las redes bayesianas aplicadas al campo de la psicología. Una red bayesiana es un grafo acíclico dirigido que codifica relaciones probabilísticas de

dependencia e independencia condicional mediante la regla de Bayes. Por tanto, las redes bayesianas permiten modelar la dependencia e independencia condicional de las variables que somos capaces de observar y, de este modo, se pueden generar inferencias basadas en pruebas sobre los elementos de un modelo. En definitiva, esta técnica podría arrojar luz sobre la estructura causal de los procesos relacionados con las variables de interés. A los efectos de examinar la relación de las variables propuestas con la satisfacción referida por los participantes (objetivo principal de este trabajo), se propuso un modelo de satisfacción a través de las variables de interés seleccionadas (véase figura 19). Para ello, se empleó el software Netica versión 5.12, así como las indicaciones sugeridas por el trabajo de López Puga (2012).

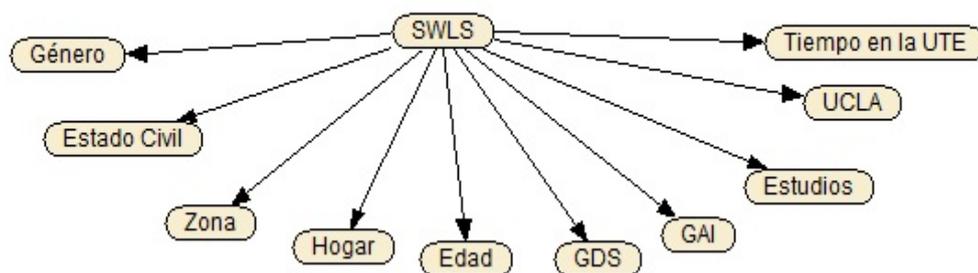


Figura 19. Modelo teórico de satisfacción según las variables objeto del presente estudio (género, estado civil, zona geográfica, constitución del hogar, edad, GDS, GAI, nivel de estudios, UCLA y tiempo acudiendo a la UTE).

El presente modelo fue capaz de proporcionar un 90,91% de varianza explicada (o lo que es lo mismo, una tasa de error del 9,09%). Además, en relación a los índices para la estimación del modelo, encontramos los siguientes valores: Pérdida logarítmica = 0,23, Pérdida cuadrática= 0,14; Compensación esférica = 0,93. Todos ellos mostraron valores óptimos. En la figura 20 puede consultarse el modelo empírico. Nótese que algunas variables fueron recodificadas, a los efectos de ampliar el tamaño muestral del subgrupo (por ejemplo, tipo de hogar).

En la tabla 84 se muestra el porcentaje que relacionaría cada variable o nodo de la red con la satisfacción, así como, en la figura 20, la red inicial desarrollada. Observamos aquí, que la variable puntuación en la escala UCLA tendría un rol fundamental en la satisfacción de los estudiantes de las UTE. Esta red trataría de explicar la variable satisfacción en relación con las diferentes variables estipuladas. El procedimiento sería similar al de un modelo de regresión logística. Por otro lado, las figuras 21 y 22 muestran la inferencia que podría realizarse, en términos de probabilidades, si manipuláramos la variable satisfacción.

Tabla 84. Información mutua y porcentaje de cada nodo estipulado en el modelo bayesiano.

Nodo	Información mutua	Porcentaje
Satisfacción	0,40986	100
UCLA	0,04390	10,7
Estado civil	0,01225	2,99
GDS	0,01222	2,98
Tiempo en la UTE	0,00770	1,88
Estudios	0,00465	1,13
GAI	0,00402	0,98
Zona	0,00224	0,546
Hogar	0,00187	0,455
Edad	0,00122	0,298
Género	0,00070	0,171

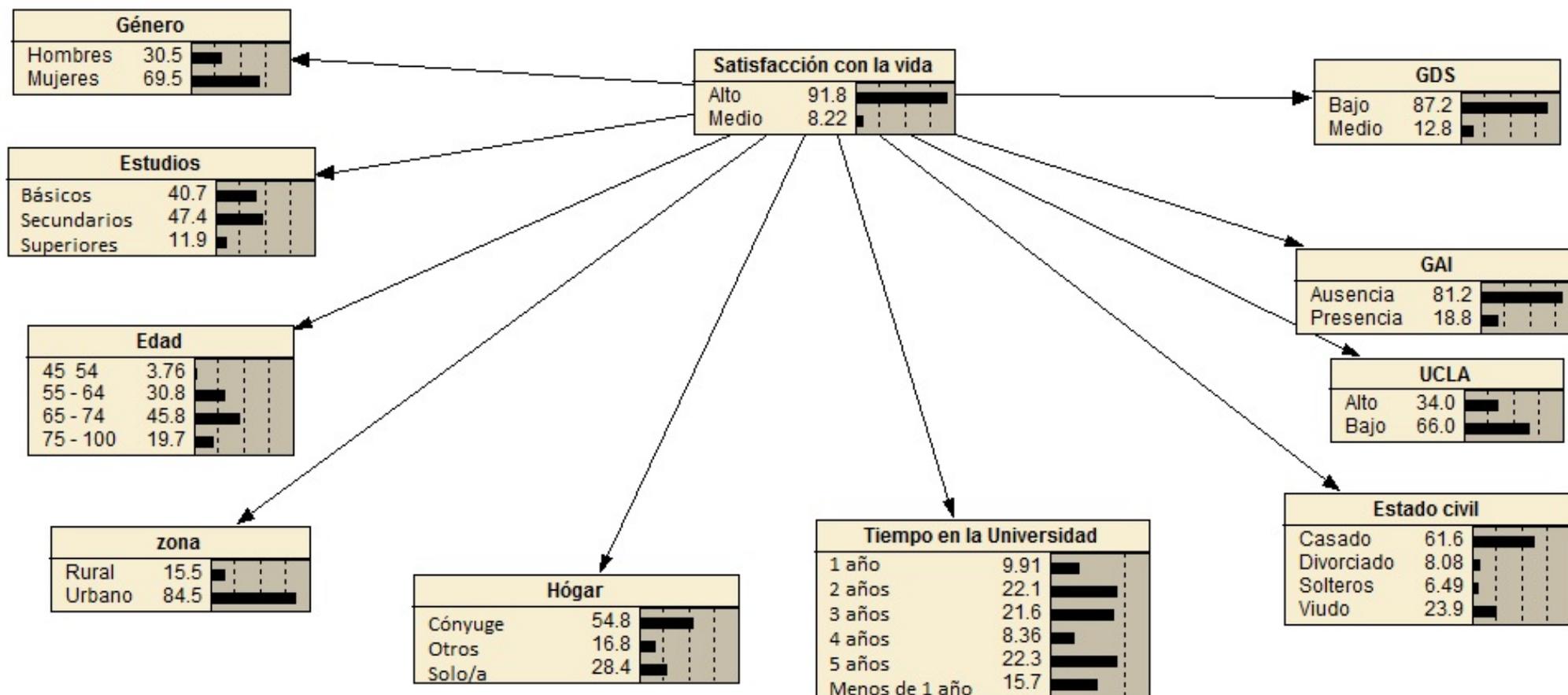


Figura 20. Modelo empírico de satisfacción estipulado según las variables objeto del presente estudio: género, estado civil, zona geográfica, constitución del hogar, edad, nivel de estudios, tiempo acudiendo a la UTE, GDS, GAI y UCLA.

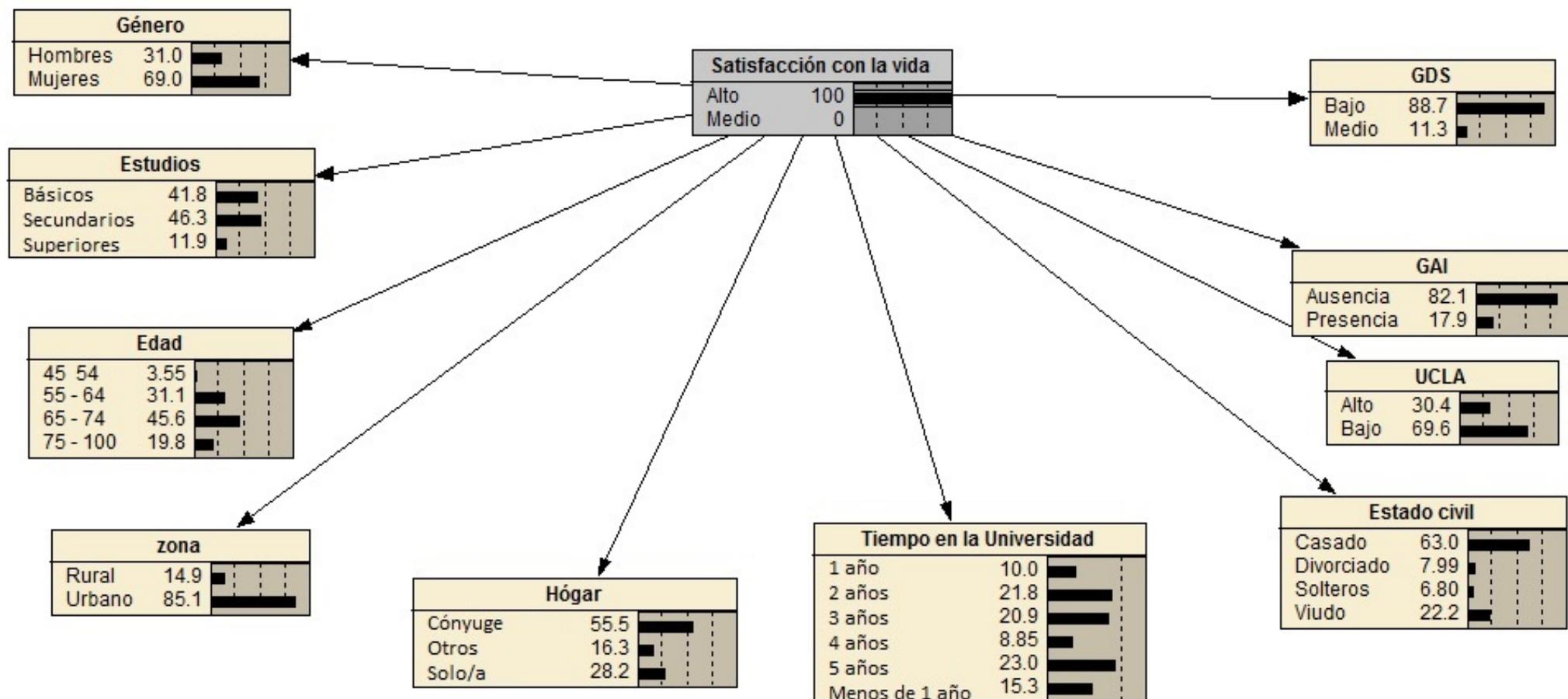


Figura 21. Inferencia sobre la probabilidad de la alta satisfacción en el modelo empírico de satisfacción estipulado según las variables objeto del presente estudio: género, estado civil, zona geográfica, constitución del hogar, edad, nivel de estudios, tiempo acudiendo a la UTE, GDS, GAI y UCLA.

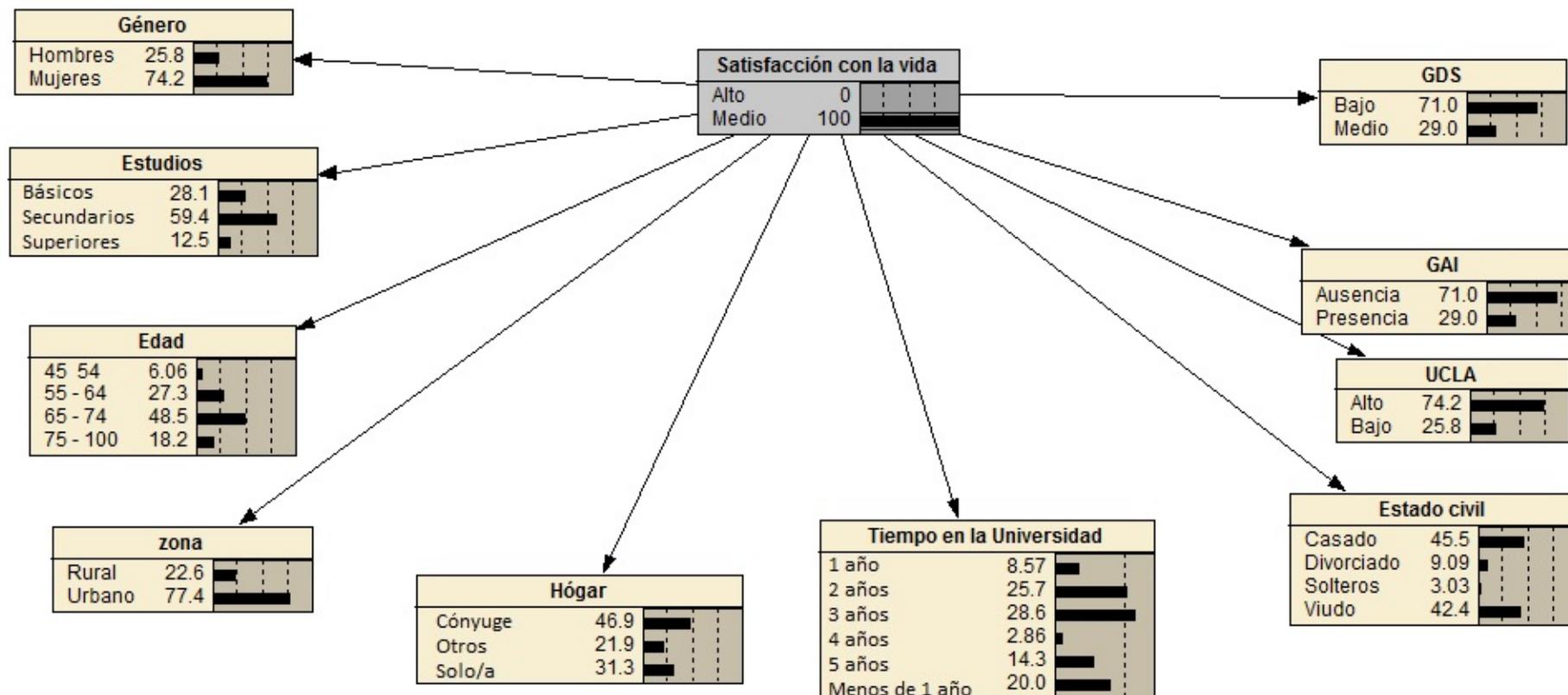


Figura 22. Inferencia sobre la probabilidad de la satisfacción media en el modelo empírico de satisfacción estipulado según las variables objeto del presente estudio: género, estado civil, zona geográfica, constitución del hogar, edad, nivel de estudios, tiempo acudiendo a la UTE, GDS, GAI y UCLA.

IV. Discusión

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los
alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

El presente trabajo tiene como objetivo principal caracterizar el perfil sociodemográfico de las personas mayores que asisten a las Universidades de la Tercera Edad (UTE) en el territorio nacional portugués. Por tanto, hemos tratado de estudiar cómo son las personas mayores que utilizan este tipo de recurso formativo o entorno de aprendizaje, así como las motivaciones que les han llevado a participar en las universidades de la Tercera Edad. Más en detalle, se ha tratado de establecer el perfil de los estudiantes de las Universidades de la Tercera Edad, que caracteriza a la población en relación a diferentes variables sociodemográficas, como el sexo, la edad, el hogar, el nivel de escolaridad, la zona geográfica donde residen, la actividad profesional a lo largo de la vida, entre otros. Se han tenido en cuenta otras variables motivacionales, tales como las razones que han llevado a las personas de edad avanzada a inscribirse en las Universidades de la Tercera Edad, y el tiempo durante el que están asistiendo a estos espacios de aprendizaje y de interacción social.

En relación al objeto central del estudio, hemos tratado de examinar la satisfacción con la vida de las personas mayores que asisten a las Universidades de la Tercera Edad a través de una muestra seleccionada. En particular, nos interesamos por entender y analizar si estas variables presentan una mayor calidad de vida positiva tras la exposición a estos espacios de aprendizaje. Al mismo tiempo, también se estudió la existencia de sintomatología depresiva y ansiosa en esta población, así como la posible existencia de sentimientos de soledad (mediante la escala de Depresión Geriátrica) y de síntomas ansiosos (a través del Inventario de Ansiedad Geriátrica). La satisfacción con la vida se estudió a través de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS).

La muestra del presente estudio fue recopilada en varias Universidades de la Tercera Edad a nivel nacionalportugués, tratando de representar el territorio en todas sus regiones (a excepción de la zona del Algarve, dada la ausencia de tal flexibilidad por parte de las Universidades de la Tercera Edad en esta zona geográfica). Por lo tanto, el análisis sociodemográfico se realizó en base a los resultados obtenidos en el norte, el centro, Alentejo y los archipiélagos.

El proceso de recogida de información a través de la Universidades de la Tercera

Edad se llevó a cabo conforme a los criterios que tienen como objetivo las buenas prácticas en investigación. Se explicó a los participantes los objetivos generales de este estudio, garantizando, también, la confidencialidad y el anonimato de todos los datos facilitados. Así mismo se insistió en la voluntariedad de la participación. La administración de los instrumentos tuvo una duración media de 30 minutos, aunque no se fijó un límite de tiempo. Así mismo se solicitó a los participantes que respondieran a todas las preguntas planteadas. A los efectos de cumplir los objetivos inherentes al estudio se seleccionaron los siguientes instrumentos de evaluación: Escala de Satisfacción con la Vida (*Satisfaction With Life Scale*, SWLS; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985); Escala de Soledad de la Universidad de California - Los Ángeles (UCLA, Russell, D. W., 1988; traducción al portugués de Neto, F., 1989); Escala de Depresión Geriátrica – 30 (GDS-30; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008), e Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI; Pachana et al., 2006; versión experimental: Ribeiro, Pablo Simões & Firmino, 2008).

1. Perfil de las personas mayores matriculadas en las Universidades de la Tercera Edad (UTE) en Portugal

Como se ha mencionado anteriormente, la intención del presente estudio era desarrollar el perfil sociodemográfico y analizar la motivación de los estudiantes que asisten a las universidades de la Tercera Edad en el territorio portugués.

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por 363 sujetos mayores, siendo que 253 (70%) eran mujeres y 110 (30%) hombres. En lo que respecta al género, observamos, como era de esperar, que el mayor porcentaje pertenecía al grupo de mujeres. Este hecho refleja la estructura poblacional de la tercera edad en Portugal. El censo de 2011 muestra un aumento en el número de personas de la tercera edad, en ambos sexos, y la disminución de la población más joven. Específicamente, el grupo de edad más envejecido fue el de las mujeres, ya que poseen una mayor esperanza de vida, y viven más años que los hombres en el territorio portugués. Otro hecho importante a tener en cuenta es la creciente tendencia en el número de estudiantes en estos espacios, principalmente mujeres, siendo que los estudios indican un valor de 76% de la

población femenina matriculada en las Universidades de la Tercera Edad en Portugal (Jacob, 2010; 2012; Jacob & Pocinho, 2012; Nunes, 2000; Williamson, 2000). La evolución del número de alumnos nos muestra una estabilidad en el número de mujeres en estos espacios de aprendizaje: en 2002, había 4.980 alumnos matriculados, de los que un 79% eran mujeres; en 2005, había 10.907 alumnos matriculados, de los cuales 79% también eran mujeres; en 2008, había 17.481 alumnos matriculados, de los cuales el 78% eran mujeres. En el año 2011, el número total de estudiantes aumentó a 28.250, de los que el 76% eran mujeres (RUTIS, 2012). Según Williamson (2000), este fenómeno puede ser entendido como un reflejo de la existencia de una gran variedad de actividades basadas en los intereses más comunes para las mujeres. Dentro de la amplia gama de actividades que se ofrecen en las Universidades de la Tercera Edad, podemos encontrar actividades culturales, sociales, educativas y de socialización, como las clases de idiomas, historia, psicología, arte y música, bricolaje, salud, cocina, jardinería, medicinas alternativas, deporte, danza, reuniones, celebraciones, visitas, talleres, procesos de alfabetización y el desarrollo de las actividades relacionadas con grupos de teatro, coros, etc. Dentro de esta gran variedad de ofertas podrían encontrarse las principales preferencias de las mujeres participantes de las Universidades de la Tercera Edad.

Con respecto a la edad, la muestra estuvo constituida, principalmente, por el rango de edades entre 48 y 90 años de edad, con una media de 67 años. Comparando las edades de hombres y mujeres, hemos podido observar que los hombres que asisten a las UTE tienen una media de edad ($M= 69$) ligeramente mayor que las mujeres ($M= 66$). Además, se observó un incremento de los alumnos mayores de 60 años y una disminución en el número de alumnos matriculados a partir de 76 años de edad. Con el fin de comprender mejor este fenómeno, se estudiaron las diferencias y similitudes entre diferentes rangos de edad: 45 -54 años 55-64 años; 65-74 años; 75-84 años y edad mayor o igual a 85 años. De este modo, encontramos, una vez más, una mayor frecuencia de los estudiantes en el rango entre los 65 y los 74 años de edad, conformando éstos el 47,1% del total de la muestra. En el intervalo de 75 a 84 años, podemos observar que el porcentaje se redujo al 18,5% de la muestra total y los estudiantes con una edad mayor o igual a 85 años representan tan sólo 0,8% del total de la muestra. Algunos estudios en las Universidades de la Tercera Edad sostienen que este

tipo de alumnos suele presentar mayoritariamente edades comprendidas entre los 60 y los 70 años (Jacob, 2012; Jacob & Pocinho, 2012; Nunes, 2000; Williamson, 2000). En este estudio, se encontró que este fue, de hecho, el rango de edad que predomina en las Universidades de la Tercera Edad en Portugal.

Con respecto al estado civil, los resultados obtenidos en este estudio indican que los estudiantes de la tercera edad están, en su mayoría, casados (62,3%). Del total de la muestra, el 24% eran viudos, el 7,7% divorciados y el 6,1% restante, solteros. Este resultado muestra, por tanto, que la mayoría de participantes se encontraban casados, suponiendo que, en muchos casos, ambos componentes del matrimonio asisten a la Universidad de la Tercera Edad, sirviendo de estímulo y motivación recíproca. Por otro lado, los estudiantes solteros podrían presentar una iniciativa más limitada a la hora de su participación en los espacios universitarios. Comúnmente suele decirse que la soledad genera soledad y es justamente en este caso donde encontramos una tasa de interés más baja, así como de frecuencia a las Universidades de la Tercera Edad. En un estudio realizado por Florindo (2009), se encontró que el 40% de las personas de la tercera edad que asisten a las UTE deciden volver a la escuela porque sienten la necesidad de aprender y mejorar sus conocimientos; así mismo, el 13% valora el mantenimiento proactivo. La lucha contra la soledad y la creación de nuevas amistades suelen ser también razones referidas, aunque con menor frecuencia.

Por otro lado, si nos fijamos en detalle en los grupos sobre el estado civil y el género, vemos que el grupo más numeroso lo forman los hombres casados (80%), seguido por el de las mujeres (54,5%). Sin embargo, las mujeres también presentan un alto porcentaje de casos de viudedad (29,71%), un valor que supera ligeramente la mitad de casos del grupo de casadas o en unión de hecho. Nuevamente, recordemos que las mujeres tienen una esperanza de vida media mayor en comparación con los hombres y, por tanto, hay mayor número de viudas.

En lo que respecta a la zona geográfica de residencia, se comprobó que la mayor concentración de estudiantes se encontraba en el norte (38,3%) y en el centro (52,1%) de Portugal. Sólo el 5% del total de la muestra reside en el Alentejo, mientras que el 4,7% lo hace en los archipiélagos. En relación con esta variable, hay que tener en cuenta que el centro y el norte de Portugal son las áreas geográficas que han mostrado una mayor respuesta positiva hacia las Universidades de la Tercera Edad para participar en

este estudio. Un aspecto importante a tener en cuenta es la falta de representación de la región del Algarve, ya que no se logró la involucración de las universidades en el estudio. Otro factor a tener en cuenta es la ubicación de las diferentes universidades. Según Jacob (2012), en Portugal, actualmente, aproximadamente 200 universidades y academias de la tercera edad que están asociadas en la RUTIS. Según RUTIS (2012), los distritos de Santarém, Coimbra, Leiria y Castelo Branco tienen 39 universidades de la Tercera Edad inscritas; Lisboa posee 32; Beja, Évora, Portalegre y Setúbal poseen 26; Aveiro, Viseu y Guarda, 25; el distrito de Porto presenta 17; Viana do Castelo, Braga, Vila Real y Bragança, 16 y, finalmente, Faro e islas tienen 14 Universidades de la Tercera Edad inscritas en RUTIS. Cuando se caracterizan las regiones geográficas de acuerdo con las edades de los participantes, en el presente estudio, puede observarse el efecto del envejecimiento de la población en las distintas regiones de Portugal.

En lo que respecta a los hogares, se trató de examinar con quién viven las personas mayores que asisten a las Universidades de la Tercera Edad. De esta manera, encontramos varias situaciones: (1) vivir con el cónyuge; (2) vivir solo/a; (3) vivir con el cónyuge y los hijos; (4) vivir sólo con sus hijos; (5) vivir con el cónyuge, los hijos y nietos; (6) vivir con otros miembros de la familia (por ejemplo, vivir con la madre o el padre, vivir con un hermano o hermana, etc.). Dentro de este rango de respuestas, en las Universidades de la Tercera Edad, pudimos observar que el 55,1% de la muestra del presente estudio vive con el/la cónyuge (N= 200). Del total de la muestra, el 28,4% vivía solo, dentro de una situación de viudedad, divorcio o por no haber contraído matrimonio. Un 8,3% vivía con el cónyuge y los hijos, un 5,8% con sus hijos, un 1,9% con otros miembros de la familia (por ejemplo, con la madre) y dos sujetos compartían su casa con sus respectivas esposas, hijos y nietos. Estos datos corroboran la información previamente obtenida en relación con el estado civil, ya que la gran mayoría de la muestra se encontraba casada o en unión de hecho.

En cuanto al nivel de escolaridad, no encontramos ningún analfabeto dentro de ésta. Del total de 363 participantes, el 40,8% poseía educación básica, un 47,7% había finalizado la educación secundaria y un 11,6% poseía educación superior. A pesar de que los datos demográficos de la población portuguesa destacan elevadas tasas de analfabetismo y baja escolaridad, esta muestra nos revela que los participantes de la

UTE poseen un nivel superior a su cohorte, puesto que, en su inmensa mayoría, lograron estudios de educación secundaria.

Cuando observamos el nivel de escolaridad en función de la edad de los participantes, podemos observar que, según aumenta el rango de edad, la escolaridad disminuye, característica que define a la población portuguesa. Esto podría considerarse como un efecto de generación o cohorte. Como puede comprobarse en el apartado de resultados, el primer grupo de edad mostró un porcentaje de 50% con estudios de educación secundaria, el 33,3% de los participantes en este grupo de edad poseían educación básica y el 16,7% educación superior. En el segundo grupo de edad podemos ver, además, el predominio de la enseñanza secundaria (en 58,2%). Un 30% de los participantes poseía educación básica y un 11,8% educación superior. Dentro del grupo de participantes mayores, podemos observar el predominio de la educación básica (55,2%), además, un 34,3% de los sujetos tenían estudios secundarios y un 10,4% educación superior.

Con respecto a la actual situación profesional, un 98,3% de los participantes que asiste a las Universidades de la Tercera Edad está jubilado. Por tanto, sólo un 1,7% sigue estando activo profesionalmente. Para clasificar la muestra con respecto a la profesión que ejercen, se utilizó la Clasificación Nacional de las Profesiones (Classificação Nacional das Profissões, CNP). Las profesiones se dividen en Portugal en nueve grandes grupos: grupo 1 (Alta Gerencia de la Administración Pública, directores y altos directivos de la empresa), grupo 2 (especialistas de profesiones intelectuales y científicos), grupo 3 (Técnicos y Profesionales Nivel Intermedio), grupo 4 (Personal administrativo y similares), el grupo 5 (personal de servicios y vendedores), grupo 6 (agricultores y trabajadores calificados de agricultura y pesca), grupo 7 (operarios y artesanos), grupo 8 (operadores de máquinas y montadores), grupo 9 (Los trabajadores no cualificados). Los resultados obtenidos mostraron el predominio de las profesiones intelectuales y científicas, seguido del grupo de personal de servicios y los vendedores y el grupo de administración pública. Los grupos que presentaban un porcentaje menor fueron los profesionales, los agricultores y/o trabajadores calificados de la agricultura, los obreros, artesanos o trabajadores similares y los operadores de la instalación de la maquinaria y de los trabajadores de montaje. Todos en ellos en orden descendente de porcentaje.

Respecto a los motivos para acudir a las UTE, resulta de gran interés recordar un estudio específico sobre el tema. De acuerdo con Jacob y Pocinho (2012), los ancianos que asisten a las UTE, realizan esta actividad con el objetivo de querer aprender, actualizar y compartir sus conocimientos. Además, esta información posee un carácter aplicado muy importante, ya que permitirá una mejor comprensión de la percepción de la calidad y la satisfacción con la vida, así como, estudiar la ausencia/presencia de sentimientos de soledad y los síntomas depresivos/ansiosos de estudiantes de las Universidades de la Tercera Edad del territorio portugués. Tras realizar varias preguntas sobre el tiempo que llevaban asistiendo a la universidad y los motivos, pudimos observar que los grupos mayoritarios fueron los que acudían menos de 2 años (22,3%) y 5 o más años (22,3%). Teniendo en cuenta la variable género, se constata la no existencia de grandes diferencias entre hombres y mujeres, es decir, encontramos porcentajes muy similares entre ambos grupos. Con respecto a las zonas geográficas, el norte del país es la zona geográfica con más estudiantes asistiendo a las Universidades de la Tercera Edad durante 5 o más años de edad. Este resultado puede ser corroborado con información proporcionada por RUTIS (2012), información que muestra una mayor participación de las personas de edad avanzada en este tipo de aprendizaje. Por otro lado, respecto a la zona geográfica, el centro y el norte fueron las zonas pioneras en el desarrollo de las Universidades de la Tercera Edad.

En cuanto a la cuestión " ¿Cuál fue la razón para la participación en la Universidad de la Tercera Edad? ", se establecieron cuatro motivaciones: (1) la ocupación del tiempo libre, (2) el deseo de aprender y de mantenerse activo cognitivamente, (3) la convivencia y, por último, (4) la conjunción de convivencia y el deseo de aprender más. Casi la mitad de la muestra, es decir, el 47,1% (N= 171) de los participantes refirieron haberse unido a las Universidades de la Tercera Edad con la intención de desarrollar actividades más intelectuales pero, también, con el interés de aprender más. La segunda razón más común se refería a la ocupación del tiempo libre, con un 23,4% (N= 85) de la muestra. De acuerdo con Jacob y Pocinho (2012), los ancianos asisten a las UTE con el objetivo de querer aprender, actualizar y compartir sus conocimientos. Por tanto, los resultados obtenidos apoyarían este trabajo. Por otro lado, en un estudio realizado por Florindo (2009), se encontró que el 40% de las personas de la tercera edad que asisten a las UTE deciden volver a la escuela porque sienten la

necesidad de aprender y mejorar sus conocimientos. Sin embargo, según el autor, el 75% considera que es importante tener ofertas de formación para los jubilados y al 43% les gustaba dedicarse a alguna actividad. Después de la jubilación, en el momento en el que las personas mayores tratan de adaptarse a esta nueva etapa de su vida, aquéllas pueden sentir la gran necesidad de seguir ocupadas y, por tanto, buscan actividades. Consideran que la inactividad facilita el aislamiento y por tanto, encontrar este tipo de actividades o espacios ofrece oportunidades para llevar a cabo nuevas amistades (Neto, 2010; Veloso, 2002). A continuación, se examinó el rol del género. De una manera general, podemos observar que no hay grandes diferencias en las motivaciones de hombres y mujeres para formar parte de las Universidades de la Tercera Edad. Así mismo, a nivel geográfico, no se encontraron grandes diferencias respecto a los motivos de los participantes.

Por último, se abordó la primera toma de contacto con la Universidades de la Tercera Edad, según las siguientes opciones de respuesta: (1) amigos/familiares; (2) publicidad (3) redes sociales. Se puede comprobar que la inmensa mayoría de los participantes tenía conocimiento de la existencia de Universidades de la Tercera Edad a través de sus redes sociales y familiares (87,6%). De esta manera creemos que el peso importante que la familia tiene podría ayudar a combatir el aislamiento y a fomentar la participación de las personas mayores en las actividades que promuevan la calidad de vida y el bienestar físico, psicológico y social.

2. Evaluación de la Satisfacción con la Vida de los estudiantes que asisten a las Universidades de la Tercera Edad en Portugal

Además de examinar las características sociodemográficas y la motivación de los participantes, se trató de examinar la Satisfacción con la Vida percibida por estos mismos.

De esta manera, se optó por analizar la satisfacción con la vida de las personas mayores a través de la administración de la escala de satisfacción con la vida (SWLS), que, de acuerdo con la literatura, se presenta como el mejor instrumento para la evaluación de este constructo.

La muestra de este estudio, es decir, los estudiantes de las Universidades de la

Tercera Edad en Portugal, ha mostrado una media elevada de Satisfacción con la Vida ($M= 25,9$), cifra que se encuentra por encima del punto medio de corte. Este resultado nos permite aceptar la hipótesis 1, en la que se consideraba la existencia de una alta satisfacción con la vida en esta población específica. En este sentido, las Universidades para personas mayores tienen como principales objetivos luchar contra los estereotipos y los prejuicios relacionados con el envejecimiento, promover la autoestima, y fomentar la autonomía, la independencia y la reintegración social (Pocinho, Pais, Santos, Nunes & Santos, 2013). Y nuestros resultados apoyarían este principio. Por esta razón, las actividades que proporcionan placer, satisfacción con la vida, que logran que sus participantes se sientan bien con ellos mismos, valorados, respetados e integrados socialmente, son beneficiosos para promover el envejecimiento exitoso. Un estudio elaborado por Jacob y Pocinho (2013) permitió comprobar la percepción de la calidad de vida en las personas de edad avanzada de las UTE. Los autores llegaron a la conclusión de que las UTE tienen, de hecho, un impacto positivo y significativo en la calidad de vida de esta población. Del número total de estudiantes, el 76% calificó su calidad de vida como buena o muy buena. Chambel, Castro, Ramos y Cruz (2012) realizaron una investigación con el objetivo de comprobar hasta qué punto la frecuencia de asistencia a las UTE podía tener algún impacto en la satisfacción de las personas mayores. La muestra del estudio estaba compuesta por dos grupos: (1) un grupo de estudiantes mayores de las UTE y (2) otro formado por personas de la tercera edad que asistían a un centro de día. De esta manera, se pretendía contrastar los resultados de la asistencia a dos dispositivos distintos para personas mayores. Los autores descubrieron que las personas que asistieron a las UTE mostraban un nivel de satisfacción con la vida mayor. De esta manera, los autores concluyeron que las UTE son una respuesta social que permite el incremento de la satisfacción y la calidad de vida de esta población específica.

A continuación, profundizaremos en el conjunto de resultados totales obtenidos en la escala de satisfacción con la vida (SWLS) respecto de las variables sociodemográficas. En este sentido, se pretende comprobar si la satisfacción con la vida podría variar dependiendo de su estado civil, sexo, edad y familia, entre otras variables.

En primer lugar, no se encontraron diferencias entre la muestra femenina y la muestra masculina en lo que respecta al nivel de satisfacción con la vida, refiriéndonos

así a la asunción de la hipótesis 2. Se encontraron puntuaciones bastante similares entre la muestra masculina ($M=25,57$) y la femenina ($M=25,39$). De esta manera, estos dos grupos parecen ser bastante similares entre sí, en términos de percepción de satisfacción con sus vidas.

En relación con el rango de edad de los participantes de este estudio, esperábamos encontrar una disminución en el nivel de satisfacción con la vida conforme aumentara la edad (hipótesis 3). Los resultados de este estudio permiten corroborar esta hipótesis de forma descriptiva. En el último grupo de edad (mayor o igual a 85 años de edad) la satisfacción con la vida de los sujetos fue considerablemente inferior a los otros grupos de edad.

Con respecto a la zona geográfica, esperábamos encontrar una ligera diferencia en la percepción de la satisfacción con la vida entre los participantes que viven en las zonas rurales y entre las personas que viven en entornos urbanos. No obstante, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, y las medias fueron bastante similares entre los dos grupos.

Respecto al nivel de escolaridad, también se observó un nivel de satisfacción con la vida bastante similar en sujetos mayores, independientemente del grado de instrucción.

En relación con la intersección entre las variables satisfacción con la vida y estado civil, se esperaba una disminución de la satisfacción con la vida de los participantes en relación a la viudedad (hipótesis 4). Todos los participantes han mostrado un satisfactorio nivel de satisfacción con la vida, con altas puntuaciones; sin embargo, el grupo de los viudos presentó un valor ligeramente más bajo en comparación con los otros grupos. Cabe destacar que esto no puede considerarse preocupante, dado que el grupo de los viudos presenta una media de satisfacción con la vida de 24,82, un resultado por encima del punto medio de corte establecido por los autores (20 puntos).

Con respecto a la constitución de la familia, parece que existe una mayor satisfacción con la vida cuando los hogares están constituidos por la pareja, los hijos y los nietos ($M= 27$). Aun así, el resto de grupos presenta un nivel alto de satisfacción con la vida, con resultados totales por encima de 24 puntos.

El nivel de satisfacción con la vida parece no diferir entre los sujetos jubilados y aquellos que aún están activos profesionalmente. Sin embargo, los jubilados presentan

valores ligeramente más altos ($M=25,46$), en comparación con los participantes que siguen en activo ($M=24,83$).

En lo que respecta al tiempo que los participantes llevan asistiendo a las Universidades de la Tercera Edad, se esperaba una mayor percepción de satisfacción con la vida de los estudiantes que asisten a estos espacios durante más años (hipótesis 5). Esta hipótesis fue confirmada parcialmente, ya que los niveles más altos de satisfacción con la vida de los estudiantes se encontraron en aquellos que asisten a las Universidades de la Tercera Edad desde hacía 4 años ($M= 27$). Sin embargo, este valor se redujo en los participantes que asistían 5 o más años de edad ($M= 24,52$). Respecto a esto, Chambel, Castro, Ramos y Cruz (2012) realizaron una investigación con el objetivo de verificar la relación de la frecuencia de asistencia a las Universidades de la Tercera Edad y la satisfacción. La muestra del estudio estaba compuesta por dos grupos: (1) un grupo de alumnos de mayor edad de las Universidades de la Tercera Edad; y (2) otro formado por personas mayores que asistían a un centro de día. Los autores descubrieron que las personas que asistieron a las Universidades de la Tercera Edad presentaban un nivel de satisfacción con la vida más alto.

Por último, las variables motivacionales que llevaron a las personas mayores a inscribirse en las Universidades de la Tercera Edad se agruparon en cuatro tipos de respuesta: (1) ocupación del tiempo libre; (2) aprender más/ mantenerse cognitivamente activos; (3) recreación activa; (4) convivencia y obtención de más información. Los participantes que se inscribieron en las Universidades de la Tercera Edad con el objetivo de aprender más y permanecer cognitivamente activos, mostraron un nivel de satisfacción con la vida más alto ($M= 28,17$). La convivencia y el deseo de adquirir nuevos conocimientos surge como la segunda razón por la cual los participantes presentan altos niveles de satisfacción con la vida ($M=25,62$). Los participantes que se sumaron a las Universidades de la Tercera Edad sólo por convivencia mostraron valores inferiores, ($M=24,53$). La ocupación del tiempo libre es la razón de entrada que presenta la menor media ($M=23,29$). Este resultado se relaciona con la sexta hipótesis. Marconcin y Real (2010) realizaron un estudio similar seleccionando las siguientes respuestas: (1) las UTE aumentan el conocimiento; (2) las UTE aumentan el contacto social; (3) las UTE permiten ocupar el tiempo libre de forma útil; (4) las UTE me hacen volver al pasado. El análisis cuantitativo de la frecuencia mostró que el contacto social

era la razón más citada seguida, seguida de aumentar el conocimiento y, en tercer lugar, y de manera similar, volver al pasado y ocupar el tiempo libre de forma útil. Según da Silva (1999), el aumento de la red de contactos sociales permite el aumento de bienestar subjetivo, los recursos personales y el sentido de autonomía. Las relaciones sociales son un factor fundamental en el envejecimiento exitoso y promueven el fortalecimiento de los recursos personales, facilita la comparación social y la mejora del autoconcepto.

3. Evaluación de la existencia de sentimientos de soledad en los estudiantes que asisten a las Universidades de la Tercera Edad en Portugal

En segundo lugar se optó por analizar la soledad de las personas mayores a través de la administración de la Escala de Soledad de la Universidad de California – Los Ángeles (UCLA) que, según la literatura, es un instrumento óptimo para la evaluación de este constructo. Cuanto más baja sea la puntuación, menor será la existencia de sentimientos de soledad. Por el contrario, cuanto más alta sea la puntuación total obtenida, más importante será la existencia de sentimientos de soledad. La muestra de este estudio, es decir, los estudiantes de las Universidades de la Tercera Edad mostraron una media baja ($M=28,66$), pudiendo asumir que los estudiantes que asisten a las Universidades de la Tercera Edad no tienen o tienen escasamente sentimientos de soledad. Este resultado nos permite aceptar la hipótesis 7, en la que esperábamos ausencia de sentimientos de soledad para este tipo de población específica. Alcidio (2010) llevó a cabo una investigación en la que quería comprobar la importancia de las UTE en calidad de vida y la soledad de las estudiantes. El autor pudo comprobar que, de manera general, los participantes en las UTE mostraron una mayor calidad de vida. Resultados similares fueron encontrados con la variable soledad, comprobando que la calidad de vida correlaciona inversamente con la variable soledad. El autor añade, sin embargo, que estos resultados pueden ser la razón fundamental que llevó a las personas de edad para registrarse en las UTE, es decir, que éstas se inscribieron en las UTE con objeto de minimizar el aislamiento social, reducir los sentimientos de tristeza y depresión, permanecer activas, y buscar actividades gratificantes que proporcionasen mayor sentido a sus vidas. Respecto al género, se encontraron resultados muy similares a los anteriores, permitiendo confirmar la hipótesis 8 de este estudio; en otras palabras,

no encontrar diferencias de género. Con respecto a la edad, en la hipótesis 9 se trató de examinar la relación de soledad y edad. De hecho, el presente estudio muestra una disminución de la puntuación total conforme progresa la edad. No obstante, la correlación de estas dos variables no fue estadísticamente significativa. Con respecto al actual desempeño profesional, el nivel de los sentimientos de soledad no parece diferir. Lo mismo se observa respecto a la puntuación total obtenida en la escala UCLA dependiendo de las zonas urbanas o rurales. Podemos comprobar que las medias son similares entre los dos grupos, es decir, no hubo variaciones importantes en la puntuación total. Además, respecto a los sentimientos de soledad, no se encontraron diferencias respecto a las distintas regiones de Portugal. No obstante, un estudio llevado a cabo por Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala (2005) demostró que los ancianos que viven en las zonas rurales sufren, con más frecuencia, este tipo de fenómeno.

Por lo que respecta al nivel de escolaridad, tampoco se encontraron diferencias entre las personas que sólo poseen educación básica, los que han finalizado la educación secundaria y aquellos que poseen educación superior. Los tres grupos presentaron de modo similar ausencia de sentimientos de soledad.

Con respecto al estado civil de los alumnos de mayor edad, se puede observar que las medias de la puntuación total de la Escala de Satisfacción con la Vida son similares para todos los estados, a excepción del grupo de viudos, que presenta un valor ligeramente inferior. No obstante, este grupo no alcanzó el nivel de significación estadística. Cabe resaltar que todos los grupos presentan valores que indican ausencia de soledad percibida.

Con respecto a la convivencia en distintos grupos familiares, podemos observar que las diversas constituciones del hogar poseen diferentes medias, pero que todos los grupos apuntan hacia la ausencia de soledad percibida. En este sentido, Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2004, citado en Santos, Pocinho, Nunes & Santos, 2013) se refieren a la soledad como un sentimiento subjetivo, una percepción de la privación de los contactos sociales o la falta de personas disponibles o con la intención de compartir experiencias sociales y emocionales. Del mismo modo, destaca la existencia de una relación significativa entre la soledad, el aislamiento y el hecho de vivir solos.

Por lo que respecta al tiempo que los participantes llevan asistiendo a las

Universidades de la Tercera Edad, se consideró que los estudiantes que asisten a estos espacios durante más años presentarían menos sentimientos de soledad (hipótesis 11). De manera general, encontramos ausencia de sentimientos de soledad independientemente tiempo que los participantes asisten a las Universidades de la Tercera Edad.

En cuanto a las razones que llevaron a los estudiantes mayores a inscribirse en las Universidades de la Tercera Edad (hipótesis 12), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la soledad. En este sentido, Pablo (1991) considera que la soledad es un estado emocional que los individuos tienden a evitar. El autor cree que podría existir una tendencia, por parte de los individuos, a mantener proximidad entre sí, con el objeto de garantizar la sensación de seguridad y de identidad personal (citado en Santos, Pocinho, Nunes & Santos, 2013). Marconcin y Real (2010) realizaron un estudio para examinar de modo similar las razones para asistir a las Universidades de la Tercera Edad obteniendo como resultado que la razón contacto social fue la más citada.

4. Evaluación de la sintomatología depresiva en los estudiantes que asisten a las Universidades de la Tercera Edad en Portugal

Otro punto relevante del presente estudio, con el objetivo de desarrollar un perfil sobre los estudiantes que participan en las Universidades de la Tercera Edad en Portugal, fue evaluar los síntomas de depresión o, por el contrario, las actividades que sirven como promoción de la calidad de vida de los alumnos. Con este fin, hemos optado por analizar la existencia de sintomatología depresiva en las personas de edad avanzada a través de la administración de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-30) que, según la literatura, se presenta como un instrumento óptimo para la evaluación de la depresión en la población de la tercera edad. No obstante, recordemos que la escala no es un instrumento diagnóstico, aunque presenta una gran sensibilidad comparado otros instrumentos empleados para este fin.

La puntuación total obtenida por la muestra fue, en promedio, de 6,67 puntos, puntuación que indica ausencia de sintomatología depresiva en los estudiantes mayores. Este resultado subyace a la hipótesis (13) formulada, en la que esperábamos encontrar

ausencia de sintomatología depresiva en los estudiantes mayores. Las Universidades de la Tercera Edad, como respuesta social sobre el aprendizaje permanente, tienen como objetivos principales luchar contra los estereotipos y los prejuicios relacionados con el envejecimiento, promover la autoestima, fomentar la autonomía, la independencia, la autoexpresión y la reinserción social, fomentando, en última instancia, el envejecimiento exitoso (Pocinho, Pais, Santos, Nunes & Santos, 2013). Por esta razón, las actividades que proporcionan placer y satisfacción con la vida, así como el hecho de sentirse bien con ellos mismos, valorados, respetados e integrados socialmente, son beneficiosos y promueven el envejecimiento exitoso. Incluso en este sentido, según Cachionni (1998), la enseñanza de las personas de la tercera edad tiene un carácter transformador y puede promover envejecimiento exitoso, ya que estimula la flexibilidad cognitiva, el ajuste personal, el bienestar subjetivo y la imagen social de esta población.

Por lo que respecta al género, los estudiantes no presentaron sintomatología depresiva, con independencia de su género (hipótesis 14). Por otro lado, y en relación con la edad de los participantes, se planteó que se encontrarían más síntomas depresivos en los estudiantes con las edades más avanzadas (hipótesis 14). Los resultados mostraron que todos los grupos, a excepción del grupo de mayor edad, presentaban ausencia de sintomatología depresiva. No obstante, en las personas con 85 o más años de edad apareció una posible existencia de sintomatología depresiva leve.

En relación con la zona geográfica, se esperaba un aumento de los síntomas depresivos en los participantes que residen en zonas rurales (hipótesis 15). De hecho, los resultados muestran esta diferencia; no obstante, éstos no alcanzaron el nivel de significación estadística. Además, queríamos comprobar las medias de las distintas regiones geográficas de Portugal. Se puede comprobar que no se encontraron diferencias en los síntomas depresivos de los participantes de las distintas regiones de Portugal, siendo los resultados muy similares entre sí.

En lo que respecta al nivel de escolaridad (hipótesis 15), los resultados nos permiten observar que las puntuaciones respecto de los síntomas depresivos aumentaron, en comparación con aquellos participantes que asistieron a educación secundaria ($M = 6,27$). Sin embargo, todos los grupos mostraron ausencia de sintomatología depresiva.

Respecto a la actual situación profesional (hipótesis 16), se encontró ausencia de

síntomas depresivos entre los dos grupos existentes. Sin embargo, los jubilados presentaron valores ligeramente más altos ($M=6,68$) en comparación con los participantes siguen en activo ($M= 5,83$). Este tema tiene gran interés, ya que la jubilación es una nueva etapa en la vida de las personas que exige una gran adaptación por su parte. Esta transición implica grandes repercusiones en sus hábitos y rutinas diarias, así como la pérdida de función social inherente a su profesión, y la convivencia con los compañeros. Por lo tanto, no es de extrañar que este tipo de factores suelen achacarse a un desajuste que podría propiciar un empeoramiento de los problemas de carácter físico, psicológico y social (Santos, Pocinho, Nunes & Santos, 2013).

Con respecto al estado civil de los alumnos de mayor edad (hipótesis 17), los resultados mostraron una mayor media en la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de los estudiantes mayores solteros ($M= 7,5$) y viudos ($M=8,75$). Nuevamente, todos ellos mostraron ausencia de sintomatología depresiva. Es de esperar, por lo tanto, que en el análisis de los síntomas depresivos en función del hogar, éstos sean menores para los participantes que viven acompañados. Este fue el patrón que mostraron los resultados obtenidos (hipótesis 18).

En cuanto al tiempo asistiendo a las Universidades de la Tercera Edad, no parece existir una discrepancia entre los resultados obtenidos por los diferentes grupos respecto a los síntomas depresivos, todos ellos indicando ausencia de sintomatología depresiva. Un estudio realizado por Jacob y Pocinho (2013) señaló que, entre los años 2004 y 2005, la percepción de la calidad de vida en las personas mayores estudiantes de las Universidades de la Tercera Edad ha mejorado. Es más, los autores llegaron a la conclusión de que las UTE poseen, de hecho, un impacto positivo y significativo en la calidad de vida de esta población.

En cuanto a las razones que han llevado a los estudiantes a inscribirse en las Universidades de la Tercera Edad, los estudiantes que iniciaron sus actividades en ellas con la intención de aprender más y permanecer cognitivamente activos mostraron una menor incidencia de síntomas depresivos en comparación con otros estudiantes ($M= 5,70$). En este sentido, Alcidio (2010) refiere, en su estudio sobre el efecto de las Universidades de la Tercera Edad en la calidad de vida de los sujetos, que estos espacios, como respuesta social, permiten la reducción del aislamiento social, la soledad y la mejora de la calidad de vida mediante el fomento de un envejecimiento activo en

los alumnos mayores.

5. Evaluación de la ansiedad en las personas mayores que asisten a las Universidades de la Tercera Edad en Portugal

En última instancia, hemos optado por analizar la existencia de sintomatología ansiosa en las personas de edad avanzada a través de la administración del Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI) que, según la literatura, es un instrumento óptimo para la evaluación de la ansiedad en la población de la tercera edad.

Los resultados de este estudio indican que los estudiantes mayores que asisten a las Universidades de la Tercera Edad no presentan sintomatología ansiosa ($M= 6,65$). Este resultado confirma la hipótesis formulada con el número 19.

En lo que respecta al género, y a pesar de los medias son prácticamente similares, encontramos que las mujeres presentan un promedio ligeramente superior de ansiedad ($M= 6,75$) en comparación con los hombres ($M= 6,44$). Dado el punto de corte (con una puntuación igual o superior a 8/9 puntos), estas medias indican ausencia de sintomatología ansiosa para ambos grupos (hipótesis 20).

Por otro lado, se considera que, en relación a la edad, encontraríamos mayor incidencia de síntomas ansiosos en los alumnos de mayor edad. Esta afirmación hace referencia a la hipótesis 21. Los resultados obtenidos muestran un incremento de la puntuación total según va avanzando la edad; no obstante, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Con respecto a la zona geográfica, se esperaba que los estudiantes que residían en zonas rurales presentaran una mayor incidencia de síntomas ansiosos en comparación con los alumnos que residen en zonas urbanas (hipótesis 22). Los resultados obtenidos muestran que el promedio de puntuaciones de los estudiantes que residen en las zonas rurales tiene, de hecho, un resultado superior ($M= 7,15$) en comparación con el grupo de estudiantes que residen en los espacios urbanos ($M= 6,56$). No obstante, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Es más, ninguno de los dos grupos presentó altas puntuaciones en cuanto a los síntomas ansiosos.

Respecto al nivel de escolaridad, se esperaba que los estudiantes con educación básica presentaran puntuaciones superiores que los estudiantes que asistieron a la enseñanza secundaria o a los que tienen estudios superiores (hipótesis 23). En relación

aeste punto, todos los grupos mostraron ausencia de sintomatología ansiosa.

Con respecto al estado civil, se esperaba mayor sintomatología ansiosa en los participantes solteros y viudos (hipótesis 24). Efectivamente, los resultados de este estudio muestran mayores puntuaciones para los participantes viudos. Estos resultados son coherentes con los resultados obtenidos sobre la constitución familiar. Por otro lado, las dos categorías planteadas respecto a la actual situación profesional mostró valores bastante similares entre sí.

En relación con el tiempo de asistencia a las Universidades de la Tercera Edad, sería de esperar que a menor tiempo de asistencia encontráramos mayor existencia de síntomas ansiosos. Esta afirmación hace referencia a la hipótesis 25. No obstante, no se encontró una correlación entre ambas variables que alcanzara el nivel de significación estadística.

En cuanto a las razones que llevaron a los participantes a inscribirse y asistir a las Universidades de la Tercera Edad, planteada como hipótesis 26, los estudiantes mayores refirieron su interés por aprender más y permanecer activos cognitivamente. Por tanto, a un nivel aplicado, sería recomendable que las UTE priorizaran estos objetivos dentro de sus programas de aprendizaje.

6. Modelo causal predictivo basado en redes bayesianas

Finalmente, se construyó un modelo causal predictivo a través del uso de redes bayesianas. Este modelo se empleó para tratar de estudiar la variable satisfacción de los estudiantes de las UTE, incluyendo la mayoría de las variables objeto del presente trabajo. Observamos que el modelo presentó valores óptimos respecto a la variable satisfacción. El punto más remarcable del modelo, es la relación de la variable soledad (o UCLA) con la satisfacción.

En el presente trabajo se siguieron las indicaciones de López Puga (2012). Como hemos podido comprobar, las redes bayesianas son bastantes similares a los modelos de ecuaciones estructurales (SEM). No obstante, presentan algunas diferencias. Una de las más importantes a su favor, y a diferencia de los SEM, es que las variables no deben ajustarse al supuesto de normalidad, o incluso a la normalidad multivariante, ya que trabajamos bajo la teoría de Bayes. Este nos permite emplear variables categóricas, ya

que en estos términos, el procedimiento empleado es similar al de una regresión logística, de hecho existen estudios que comparan ambas técnicas (Puga, & García, 2012). Un aspecto innovador del presente trabajo sería la presentación del modelo de satisfacción, en relación al objetivo principal de partida, a través de la mencionada técnica.

Por tanto, la red representada nos mostraría las relaciones de independencia condicional entre las diferentes variables. Dentro del presente modelo probabilístico multivariante, entenderemos la probabilidad como el grado de creencia de ocurrencia de un suceso (Cox, 1946), aludiendo a, en la mayoría de los casos, a un enfoque dicotómico frecuentista.

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los
alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

V. Conclusiones

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los
alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

El presente estudio examina el perfil de los estudiantes de las Universidades de la Tercera Edad del territorio portugués. Tiene como objetivo fundamental la caracterización del perfil sociodemográfico de los estudiantes que asisten a este tipo de espacio de aprendizaje y convivencia social, teniendo en cuenta diferentes características sociodemográficas, como la edad, el género, el hogar, la zona geográfica, la actual y la anterior actividad profesional, entre otros. Se pretendió, además, caracterizar esa población en relación a las principales razones que llevaron a los participantes a formar parte de las Universidades de la Tercera Edad, así como respecto al tiempo que llevaban asistiendo a estos espacios y a cómo tuvieron conocimiento de la existencia de los mismos. Además de la caracterización y la elaboración de los perfiles de los estudiantes de las Universidades de la Tercera Edad portuguesas, se ha tratado de estudiar y analizar los efectos positivos que estos espacios pueden tener en la vida de los estudiantes, en términos de calidad de vida, síntomas depresivos y ansiosos.

Según RUTIS (2012), Portugal presenta, en la actualidad, aproximadamente 200 universidades y academias de los ciudadanos de la tercera edad que están asociadas con RUTIS. De acuerdo con Jacob y Pocinho (2012), en la actualidad existen aproximadamente 30.000 personas mayores que asisten a estos espacios de aprendizaje.

A través del estudio de nuestra muestra, hemos podido observar que los participantes que asisten a las Universidades de la Tercera Edad son, en su mayoría (70%), mujeres, lo cual es representativo de la población de referencia. Además, la muestra estaba compuesta, principalmente, por estudiantes de edades comprendidas entre los 65 y los 74 años de edad (47,1%). En relación con los hogares y las personas con quien comparten el domicilio, los estudiantes de nuestra muestra refirieron vivir principalmente con sus cónyuges (55,1%). En relación con el estado civil, la mayoría se encontraba casado o en unión de hecho (62,3%). En cuanto al nivel de escolaridad, los alumnos poseen, en su mayoría estudios de enseñanza secundaria superior (47,7%) y básica (40,8%), mostrando, por tanto, un nivel relativamente alto de alfabetización. Prácticamente todos los participantes se encuentran jubilados (98,3%) y sólo el 1,7% permanece laboralmente activo. En el estudio de las ocupaciones laborales desarrolladas con anterioridad, podemos comprobar que nuestra muestra ejercía principalmente profesiones que se relacionan con el grupo profesional de expertos, intelectuales y

científicos (25,9%).

Por tanto, cabe destacar el óptimo nivel formativo y laboral de los alumnos de las Universidades de Mayores. Por el conocido efecto generacional presente, no sólo en Portugal sino en muchos otros países, incluso del entorno del primer mundo, la mayoría de los sujetos de esta cohorte no pudieron alcanzar estudios secundarios ni universitarios. Por otra parte, creemos que, conocida esta característica de las muestras de las Universidades de Mayores, hay que valorar la existencia de una posible barrera de entrada, promoviendo la participación en las Universidades de la Tercera Edad más allá de estos círculos culturales, sociales y educativos y facilitando el acceso al resto de población de mayores (que tienen una menor formación), destacando que nunca es tarde para incrementar la formación y disfrutar del conocimiento. Además, nuestros resultados constatan que las personas que empiezan en las Universidades de la Tercera Edad tienen una alta probabilidad de proseguir con esta actividad (nuestro análisis del tiempo de permanencia de los adultos mayores en esta actividad concluye que los mayores porcentajes de tiempo en el que acuden a este espacio de aprendizaje es de 2 años (22,3%) y de 5 o más años (22,3%)), por lo que la propia motivación intrínseca de los alumnos hacia la participación coadyuvaría a la permanencia en estas actividades.

Uno de los elementos que destaca del estudio realizado es el hecho de que las UTE resulten una alternativa esencialmente urbana (el 84,8 % de los asistentes proceden de entornos urbanos y sólo el 15,2 % provienen de un ámbito rural). Este dato podría plantear la posibilidad de municipalizar la iniciativa, llevando parte de la oferta y de las actividades desarrolladas fuera de nuestras ciudades y acercándolas a ámbitos que tradicionalmente han vivido ajenos a esta posibilidad.

En cuanto a las razones que les han llevado a participar en las Universidades de la Tercera Edad, la principal parece ser la convivencia y el incremento de su aprendizaje (47,1%). La ocupación del tiempo libre emerge como la segunda causa más frecuente (23,4%). Por un otro lado, con un 19 %, aparece la necesidad de mantenerse activo cognitivamente y, finalmente, tan sólo con un 10,5%, los participantes refieren exclusivamente la necesidad de mayor interacción social.

Como se ha mencionado anteriormente (véase capítulo 2), la calidad de vida es el nivel óptimo de funcionamiento físico, mental y social que, por tanto, involucra la integración de múltiples dimensiones de la vida de las personas como las relaciones sociales, la percepción de su salud, una buena condición física y la satisfacción con la vida. Los individuos que presentan un envejecimiento exitoso son, por tanto, sujetos proactivos, que regulan su calidad de vida y que acumulan los recursos que les permiten adaptarse a los cambios que se producen durante el proceso de envejecimiento. Las Universidades de la Tercera Edad, como respuesta social para el aprendizaje a lo largo de la vida, tienen como objetivo principal la lucha contra los estereotipos y los prejuicios relacionados con el envejecimiento, la promoción de la autoestima, el fomento de la autonomía, la independencia, la autoexpresión y la reinserción social, siempre teniendo en cuenta estas variables como producto final de un envejecimiento exitoso (Pocinho, Pais, Santos, Nunes & Santos, 2013). Por esta razón, a través de las actividades que proporcionan las Universidades de la Tercera Edad, las personas de edad avanzada experimentan placer y satisfacción con la vida, lo que les permite sentirse bien con ellos mismos, valorados, respetados e integrados socialmente. Según Cachionni (1998), la educación para las personas mayores tiene un carácter transformador y puede promover el envejecimiento exitoso en el sentido de que estimula la flexibilidad cognitiva, el ajuste personal, el bienestar subjetivo y la imagen social de la población. Además, las actividades deportivas, también propuestas en las Universidades de la Tercera Edad, presentan así mismo numerosos beneficios para la salud física y mental. Spirduso (2005) defiende que el deporte y la actividad física se relacionan con un mejor autoconcepto y seguridad, además de mejorar la condición física y reducir el riesgo de un mayor deterioro. Los juegos lúdicos, la práctica de deporte y la actividad física estimulante son elementos expresivos para el desarrollo motor y para el mantenimiento o mejora de la capacidad funcional de las personas. La actividad física hace que sea posible, según Mazo (2004), la reducción de la tasa de mortalidad, la disminución de medicamentos prescritos, la mejora de la capacidad fisiológica, la prevención del deterioro cognitivo, la disminución de la frecuencia de caídas y fracturas, así como el mantenimiento de la independencia y la autonomía. Por ello, debemos señalar que las Universidades para Mayores no sólo tienen beneficios educativos o sociales, sino también físicos. En lo que respecta a los beneficios

psicológicos, éstos también son variados; principalmente se señalan la mejora de la autoestima, la imagen, el contacto social y el sentimiento de placer con la vida.

Centrándonos en las puntuaciones de los participantes en las diferentes escalas, podemos observar la alta satisfacción con la vida de éstos, independientemente del género, así como en términos de edad o respecto a la residencia entre zonas urbanas y rurales. En cuanto al nivel de estudios, se observó que los estudiantes que poseen educación superior muestran mayores puntuaciones de satisfacción con la vida, aunque no con significación estadística, en relación con los estudiantes que sólo habían realizado estudios básicos o secundarios. Por otro lado, los estudiantes mayores en situación de viudedad también mostraron una alta satisfacción, pero se observó que los estudiantes que residen en sus hogares con más miembros de la familia, es decir, sus cónyuges, hijos y nietos, tienen una mayor satisfacción con la vida en comparación con otros grupos. Más específicamente, se encontraron puntuaciones altas en términos de tiempo y motivación. En relación a esto último, los estudiantes que trataron de aprender más y permanecer cognitivamente activos obtuvieron muy altas puntuaciones en satisfacción con la vida.

Con respecto a los sentimientos de soledad, el presente estudio ha demostrado que los estudiantes que asisten a las Universidades de la Tercera Edad no presentan sentimientos de soledad, nuevamente, con independencia del género. No obstante, el grupo de los más mayores mostró una ligera tendencia a presentar estos sentimientos. Por otro lado, tampoco se encontraron diferencias en los sentimientos de soledad en términos de situación laboral, zona geográfica, estado civil o nivel educativo. De la misma manera, el hecho de vivir con mayor número de miembros de la familia (por ejemplo, cónyuges, hijos y nietos) correlaciona con menores valores de este tipo de sentimientos, aunque el mayor peso viene dado por el cónyuge. De esta manera, parece que la convivencia en espacios multigeneracionales tiene un impacto positivo en la vida de los estudiantes, contribuyendo también a disminuir el aislamiento. Las variables relacionadas con el bienestar subjetivo han suscitado un gran interés en los últimos años. De este modo, la relación entre satisfacción y soledad se vio apoyada por el porcentaje explicado a través del desarrollo de una red bayesiana. Recordemos que el mayor porcentaje de explicación de la satisfacción era debido a la variable soledad (en

forma inversa), que desempeñaba un rol fundamental en el bienestar de los estudiantes de las UTE.

En este contexto, un aspecto que llama poderosamente la atención es el hecho de que, en la muestra analizada en este estudio, a partir de los 65 años se dobla el porcentaje de personas que viven solas. Las Universidades de la Tercera Edad son una excelente alternativa para paliar los sentimientos de soledad (así lo han manifestado los alumnos que han participado en este estudio, que consideran que su principal motivación para asistir a las UTE es la convivencia y un mayor aprendizaje). Es muy significativo que en nuestras investigaciones aparezca ausencia de soledad en todos los grupos considerados, independientemente de su estado civil, nivel educativo, etc.

En lo que se refiere a la existencia de sintomatología depresiva y ansiosa, el presente estudio mostró ausencia de ambos tipos de síntomas entre los estudiantes mayores, independientemente del género femenino o masculino. En cuanto a los rangos de edad, los participantes de edades más avanzadas mostraron puntuaciones ligeramente superiores. Por otro lado, en cuanto al nivel de escolaridad, se observaron puntuaciones ligeramente superiores para los estudiantes con educación básica. La misma tendencia se observó en los estudiantes solteros o viudos y, por consiguiente, en los estudiantes que viven solos. En todo caso, y en concreto, debe destacarse la ausencia de sintomatología depresiva en la población adulta que asiste a las Universidades de la Tercera Edad, independientemente del género, nivel educativo, motivación para la asistencia a las UTE, etc. Esta característica merece una consideración especial. La depresión en este colectivo es una patología con importantes repercusiones que requiere esfuerzos para minimizar su prevalencia, y las Universidades de la Tercera Edad pueden ser un elemento a considerar en este objetivo. Las ventajas derivadas de la participación de los adultos mayores en estos centros deben ser convenientemente valoradas por las instituciones públicas sanitarias y educativas, así como publicitadas entre el colectivo de mayores, con el objeto de favorecer su participación. En este punto, subrayamos la necesidad de hacer esfuerzos en la publicitación de las UTE entre el colectivo de personas mayores; de hecho, el 87,6% de los asistentes se enteró de esta alternativa a través de sus familiares o amigos. En este mismo sentido, se observan resultados similares en relación a la ausencia de sintomatología ansiosa (apareciendo cierta

presencia de esta patología sólo en sujetos mayores de 85 años).

Por último, debemos destacar el valor cuantitativo de los análisis bayesianos realizados, que nos permiten modelar la dependencia e independencia condicional de las variables observadas y, por tanto, la posibilidad de generar inferencias basadas en pruebas sobre los elementos de un modelo; de hecho, nuestro modelo fue capaz de proporcionar un 90,91% de varianza explicada, es decir, que las variables que se tomaron en consideración en la presente investigación proporcionaron una explicación más que aceptable de la satisfacción con la vida para esta muestra de personas mayores. De hecho, sólo la variable soledad ya explica más del 10% (10.7%) del total de la varianza del modelo. Más allá de los resultados alcanzados en esta memoria de investigación, este tipo de técnicas también tienen un interés cualitativo puesto que pueden arrojar luz sobre la estructura causal de los procesos relacionados con las variables de interés de muchos constructos psicológicos y, por tanto, se manifiestan como una herramienta de suma utilidad en el campo de la Psicología.

En resumen, el presente estudio no sólo mostró que las Universidades de la Tercera Edad tienen un impacto altamente positivo en la vida de sus alumnos, sino que éstos presentan tanto alta calidad de vida como de satisfacción. Además, estos espacios de aprendizaje y de socialización permiten combatir el aislamiento social, fenómeno muy presente en la población de edad avanzada y que correlaciona inversamente con el envejecimiento óptimo. En definitiva, la participación de los adultos mayores en la educación podría definirse como un doble compromiso: por un lado, una experiencia novedosa bajo el lema aprendizaje a lo largo de la vida pero, por el otro, como un reto social ante el incremento de este colectivo dentro de la pirámide social actual.

En este sentido, no podemos dejar de señalar la importancia de las Universidades de la Tercera Edad como parte fundamental de las políticas sociales de cualquier país y, así mismo, en el caso de Portugal. En este sentido, aparecen como estructuras fundamentales de prevención primaria de salud, tanto física como psicológica y psicopatológica, conocidos, como es el caso, sus efectos positivos en la población mayor de ambos géneros, origen geográfico, nivel de escolarización, etc. Así, parecen tener una influencia tan potente y positiva, si no más, que otras instituciones para personas mayores, siendo su coste económico mucho menor y actuando como una variable moderadora entre el envejecimiento y algunos de sus efectos negativos. Es por

ello que debemos reivindicar su mantenimiento y extensión como parte fundamental no sólo de la actividad académica sino también social, de todos los ciudadanos en su conjunto.

En resumen, y como una conclusión fundamental de esta investigación, podemos señalar que las UTE se presentan como una herramienta de alto impacto para aumentar la calidad de vida de los adultos mayores, independientemente de las características sociodemográficas de éstos. Esta característica de universalidad, en el efecto positivo que produce en las personas de edad avanzada, debe tenerse en cuenta a la hora de priorizar las acciones de política social destinadas al universo de las personas mayores, especialmente en la promoción del envejecimiento óptimo, apareciendo las Universidades de la Tercera Edad como uno de sus pilares fundamentales.

Conclusions

This study seeks to examine the profile of the students of the Universities of the Third Age of the Portuguese territory. Its main goal is to characterize the demographic profile of the students who attend this type of learning space and social interaction, taking into account different socio-demographic characteristics, such as age, gender, household, geographic area, and the current previous occupation, among others. It also characterizes this population focusing on the main reasons that led participants to be part of the Universities of the Third Age, as well as the time they took attending these spaces, and how they knew their existence. Besides the characterization and elaboration of the students of the Portuguese Universities of the Third Age profiles, we have tried to study and analyze the positive effects that these spaces can have on the students' lives, in terms of quality of life, anxiogenic and depressive symptoms.

As previously mentioned (see Chapter 2), quality of life is the optimum level of physical, mental, social and physical functioning, which therefore involves the integration of multiple dimensions of people's lives: social relations, perception of health, physical fitness and life satisfaction. Individuals with successful aging are therefore proactive, govern their quality of life and accumulate resources that allow them to adapt to the changes that occur within the aging process. Universities of the Third Age, as a social response on lifelong learning, have as main objective the fight

against stereotypes and prejudices related to aging, promoting self-esteem, encouraging autonomy, independence, self-expression and social reintegration, always taking into account these variables and successful aging as the final product (Pocinho, Country, Santos & Santos Nunes, 2013). For this reason, and through the provided activities, the elderly experience pleasure and satisfaction with life, allowing them to feel good about themselves, valued, respected and socially integrated. According to Cachionni (1998), education for older people has a transformative role and can promote successful aging in the sense that cognitive flexibility, personal adjustment, subjective well-being and social image of the population is promoted. In addition, sport activities, also proposed in the Universities of the Third Age; also have many benefits for physical and mental health. Spirduso (2005) argues that sport and physical activity are associated with better self-concept and safety, and improve physical fitness and reduce the risk of further deterioration. Recreational games, sports practice, stimulating physical activity and thinking are expressive elements for motor development and for the maintenance or improvement of people's functional capacity. According to Mallet (2004), reduction of mortality, reduction of prescribed drugs, improve of physiological capacity, prevention of cognitive impairment, lower frequency of falls and fractures and the maintenance of independence and autonomy are possible through physical activity. In regard to psychological benefits, these are also varied: improved self-esteem, image, social contact and a sense of pleasure in life.

In order to provide a profile of the students of the Universities of the Third Age a research protocol was developed, seeking to get useful information for the study's purpose. In addition to administering a demographic and motivational survey at the beginning of the session, other instruments were applied: the Satisfaction with Life Scale, (SWLS), the UCLA Loneliness Scale (UCLA), the Geriatric Depression Scale and the Geriatric Anxiety Inventory.

According to RUTIS (2012), Portugal has, at present, about 200 universities and senior citizens academies that are associated with RUTIS. According to Jacob and Pocinho (2012), there are currently about 30,000 senior citizens attending these learning spaces.

Therefore, our sample allows us at first to observe that participants who attend universities seniors are mostly women (70%). In addition, our sample was mainly

composed by students aged between 65 and 74 years (47,1%). Regarding to households and with the individuals who share this space, students in our sample reported living mainly with their spouses (55,1%). In terms of marital status, most were married or in common-law (62,3%). Regarding the level of schooling, students have mostly upper secondary education (47,7%) and basic secondary education (40,8%), showing therefore a relatively high level of literacy. Almost all participants are retired (98,3%) and only 1,7% still has any occupation. In the study of the previously mentioned occupations, we can see that our sample mainly exercised professions that relate to a professional panel of intellectuals and scientists (25,9%). With regard to how long they have remained into this learning space, the highest percentage is 2 years (22,3%) and 5 or more years (22,3%). As to the reasons which led them to participate in these, the main reason seems to be the coexistence and a greater learning (47,1%). The use of free time emerges as the second most common cause (23,4%). On the other hand, 19% recognize the need to remain cognitively active and eventually with only 10,5%, the participants refer the need to interact more.

Focusing on the participants' scores in the different scales, we can observe the life's satisfaction of these, regardless of being male or female, as well as in terms of age or the difference between urban and rural areas. In terms of education, it was found that students with higher education show better results on life satisfaction when compared to students with basic or secondary education; however, this difference did not reach statistical significance levels. Moreover, the senior students, at-widowhood, also showed high satisfaction. Likewise, it was also noted that students who live with more family members, like spouses, children and grandchildren will have higher life satisfaction when compared with other groups. More specifically, we found high scores in terms of time and reasons: on the latter, students who tried to learn more and stay active cognitively obtained very high scores on life satisfaction. With regard to the feelings of loneliness, this study has shown that students who attend the University of the Third Age don't show feelings of loneliness, again, regardless of gender. However, the older group showed a slight tendency to have these feelings. On the other hand, neither feelings of loneliness related to retirement nor region were found. Likewise, the fact of living with a large number of family members (e.g.: Spouses, children and grandchildren) elicits lower values of these feelings. Thus, it seems that these spaces

have a positive impact on the lives of students, contributing to the struggle against isolation. The determinants of subjective well-being have been investigated in recent years. Hence, the relationship between satisfaction and loneliness was supported by the Bayesian Network developed. Bear in mind that loneliness presented the highest percentage of variation.

Regarding to the existence of anxiogenic and depressive symptomatology, this study showed absence of anxiogenic or depressive symptoms, regardless of being male or female. In terms of age ranges, older age participants showed slightly higher scores. On the other hand, regarding to the level of schooling, slightly higher scores for students with basic education were observed. The same trend was observed in the single or widowed students, and therefore, on students who live alone.

In summary, the present study not only showed that the universities of the Third Age have a positive impact on the lives of their students as they present a higher quality of life and satisfaction. In addition, these learning and socialization spaces and socialization can combat the social isolation phenomenon which is very present in the elderly population. The access of older adults could be defined as a twofold commitment: first, a new experience under the motto "learning throughout life", but on the other, a social challenge facing this emerging group.

Finally, we have to stress the importance of the Universities of the Third Age as a fundamental part of the social policies of any country and, obviously, in the case of Portugal. In this sense, they appear as fundamental structures in the primary prevention of health, both physical and psychological or psychopathological, being known their positive effects on the population of both genders, geographic origin, level of education, etc.. So, it seems that they have such a powerful and positive influence, even more than other institutions for the elderly, costing less and acting as a moderator variable between aging and some of its negative effects. That is why we must reclaim its maintenance and extension as a fundamental part not only of academic but also social activity, for all citizens as a whole.

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los
alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

VI. Referencias Bibliográficas

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los
alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

- Agree, M. E., & Freedman, A. V. (2001). Implicações do envelhecimento da população para a saúde geriátrica. *Assistência ao idoso: aspetos clínicos do envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Aiken (1995). *An Introduction to Gerontology*. New York: Sage Publications.
- Albuquerque, I. (2006). *O florescimento dos professores: projetos pessoais, bem-estar subjetivo e satisfação profissional*. Dissertação de mestrado à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, no publicada.
- Alcidio, J. (2010). *A importância da universidade sénior na qualidade de vida e solidão dos seniores em Gondomar*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, no publicada.
- Andrews, M. & Withey, B. (2002). *Social indicators of well-being*. New York: Plenum Press.
- Antoniazzi, A., Dell’Aglia, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-94.
- Antonini, F., Magnolfi, S., Petruzzi, E., Pinzani, P., Malentacchi, F., Petruzzi, I., & Masotti, G. (2008). Physical performance and creative activities of centenarians. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46, 253-261.
- Argyle, M. (1998). Wisdom and life satisfaction in old age. *Journal of Gerontology*, 52B(1), 15-27.
- Assis, M. (1998). O envelhecimento e suas conseqüências. In: Caldas, C. (Ed). *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Aspinwall, L & Taylor, S. (1997). A stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121(3), 417-436.
- Atchley, C.R. (1971). Retirement and leisure participation: Continuity or crisis? *The Gerontologist*, 11, 13-17
- Atchley, R. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190.
- Azevedo, A. L. (2001) *Velhice e seus processos sócio-históricos*. Lisboa:Argumento.

- Bagheri-Nesami, M., Rafii, F., & Oskouie, S. F. H. (2010). Coping strategies of Iranian elderly women: A qualitative study. *Educational Gerontology*, 36,573-591.
- Baltes, P., Reese, H., & Lipsitt, L. (1980). Life Span Development Psychology. Introduction to Research Methods. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-101.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 32(5), 611-626.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (Eds.) (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1993). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 35- 49). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsit, L.P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. In J. Madden (Ed.), *Neurobiology of learning, emotion and affect* (pp. 229- 270). New York: Raven.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Escala de Depressão Geriátrica [Geriatric Depression Scale]. In Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demencias [Study Group on Brain Aging and Dementia] (Eds.), *Escalas e testes na demencia [Scales and tests in dementia]* (pp. 69–72). Lisboa, Portugal: GEECD.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Birren, J. E. (1960). Psychological aspects of aging. *Annual Review of Psychology*, 11, 1, 161-198.
- Birren, J. E. & Cunningham, W. R. (1985). Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory (pp. 3-34), In J. Birren & K. Shaie (Eds.)

Handbook of the Psychology of Aging. N. Y.: Van Nostrand Reinhold Company.

Birren, J. E., & Schaie, K. W. (1996). *Handbook of the Psychology of Aging*. California: Academic Press.

Bowling, A. (1995). The most important thing in life. Comparison between older and younger populations age group by gender. Results from a national survey of the public's judgement. *International Journal of Health Sciences*, 6 (12), 169-175.

Bowling, A. (2005). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.

Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *The British Medical Journal*, 331 (7531), 1548-1551.

Brink, J. J. (2001). Biologia e fisiologia celular do envelhecimento. In J. J. Brink *Assistência ao idoso; aspetos clínicos do envelhecimento*, pp.472-475. Rio de Janeiro: Editorial Guanabara.

Brunstein, J. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1061-1070.

Brunstein, J., Schultheis, O & Grassman, R. (1988). Personal goals and emotional well-being: The moderating role of motive disposition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 494-508.

Burnet, F. M. (1974). *Intrinsic Mutagenesis: A Genetic Approach to Ageing*. New York: Wiley.

Butler, R. N. (1969). Ageism: another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, 243-246.

Butler, R. N. (1985). *Productive aging*. New York: Springer.

Cachioni, M. & Neri, A. (2008). Educação e velhice bem-sucedida no contexto das universidades da terceira idade. In Neri, A.; Yassuda, M. *Velhice bem-sucedida: aspetos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus, p. 29-50.

Cachioni, M. (1998). *Envelhecimento bem-sucedido e participação numa universidade para a terceira idade: a experiência dos alunos da Universidade São Francisco*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade

Estadual de Campinas, Campinas, no publicado.

- Campbell, A., Converse, O. & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A. L. (2005). *Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para portugueses de Portugal: A apresentação de um projeto*. Consultado el 15 de octubre de 2012: http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=35&CommID=175
- Capitanini, M. (2000). Solidão na velhice: Realidade ou Mito? In A. L. Neri & S. Freire (Eds.). *E por falar em boa velhice* (pp. 69-80). Campinas: Papirus.
- Carrel, A. (1921). On the permanent life of tissue outside of the organism. *Journal of Experimental Medicine*, 34, pp. 599-623.
- Carrillo, M., & Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 1991 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*. INE. Lisboa. Nº36.
- Carrol, E. (1972). Towards a sociology of political gerontology. *Sociological Symposium*, 26, 1-27.
- Carstensen, L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life-span context. In W. Schaie & M. Lawton (Eds.), *Annual review of Gerontology and Geriatrics* (pp. 195-217) (Vol. 11). New York: Springer.
- Carvalho, J. (1999). Aspectos metodológicos no trabalho com idosos. In J. Mota & J. Carvalho (Eds.), *Atas do seminário de qualidade de vida no idoso: O papel da atividade física* (pp. 306-327). Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- CCE (2006). *The demographic future of Europe. From challenge to opportunity*. Bruxelas: Publicações da Comissão Europeia.
- Chambel, A., Castro, J., Ramos, J. & Cruz, C. (2012). Universidade Sénior como fonte

de satisfação para adultos séniores. *Envelhecer em tempos de crise: Respostas sociais*, pp. 139-145.

Conte, E. M. T. & Lopes, A. S. (2005). Qualidade de vida e atividade física em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 61-75.

Costa & Arminda (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros (p. 7-22). In *O idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 668-678.

Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1989). Personality continuity and the changes of adult life. In M. Storandt & G. Van den Bos (Eds.), *The Adult Years: Continuity and Change* (pp. 41-77). Washington DC: American Psychological Association.

Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1994). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. In T. F. Heatherton & J. L. Weinberger (Eds.), *Can Personality Change?* (pp. 21-40). Washington DC: American Psychological Association.

Cottrell, L. (1980). George Herbert Mead: The Legacy of Social Behaviorism. In R. Merton & M. Riley (Eds.), *Sociological Traditions from Generation to Generation: Glimpses of the American Experience*. Norwood, N. J.: Ablex.

Cowgill, D. O., & Holmes, L. D. (1972). *Aging and Modernization*. Nueva York, Appleton.

Carr, E. H., & Cox, M. (1946). *The twenty years' crisis, 1919-1939: an introduction to the study of international relations* (p. 170). London: MacMillan.

Cristofalo, V. J., Gerhard, G. S., & Pignolo, R.J. (1994). Molecular biology of aging. *Surgery Clinical North American*, 74, 1-21.

Crowther, M., Parker, M., Achenbaum, W., Larimore, W., & Koenig, H. (2002). Rowe

and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality – The forgotten factor. *The Gerontologist*, 42 (5), 613-620.

Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Book.

Curtis, H. J. (1963). Biological mechanisms underlying the aging process. *Science*, 141, 686–694.

Deep, C., Vahia, I., & Jeste, D. (2007). The intersection of mental health and successful aging. *Psychiatric Times*, 24(13). Consultado el 20 de abril de 2013, de <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/54806?page Number=2>.

DeNeve, K. & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 Personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-212.

Diener, E. & Lucas, R. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp.325-337). New York: Guilford.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

Diener, E. & Suh, E. (1997). Subjective well-being and age: an international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 8, 304-324.

Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Dinis, C. M. R. (1997). *Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de Faro. Coimbra*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, no publicada.

Dopson, L. (2004). Third age devotion to learning. *Nursing Older People*, 16 (9), 47.

Dowd, J. (1945). Aging as exchange. A test of the distributive justice proposition. *Pacific Sociological Review*, 21, 351-375.

Duay, D., & Bryan, V. (2006). Senior adults' perceptions of successful aging. *Educational Gerontology*, 32, 423-445.

Eid, M., & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: Situational

variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65, 245–277

Emmons, R. (1992). Abstract versus concrete goals: Personal striving level, physical illness and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 292-300.

Emmons, R. & King, L. (1988). Conflict among personal strivings: Immediate and long-term implications for psychology and physical well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1040-1048.

Erikson, E. H. (1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artmed.

Faria, L. & Marinho, C. (2003). Perspetivas sobre o envelhecimento: atividade física e promoção do bem-estar físico e psicossocial de idosos. *Revista de Psiquiatria*, 24(3), 51-69.

Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1439-1446.

Featherman, D., Smith, J., & Peterson, J. (1993). Successful aging in a postretired society. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 50-93). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Fernandes, P. (2000). *A depressão no Idoso – Estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra: Quarteto.

Fernandez-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). Calidad de vida, ¿es un concepto psicológico?, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(3), 18-22.

Ferrario, C., Freeman, F., Nellett, G., & Scheel, J. (2008). Changing nursing students' attitudes about aging: An argument for the successful aging paradigm. *Educational Gerontology*, 34, 51-66.

Ferreira, P. (1995). Um novo paradigma para a saúde. In L. Mendes (1995), *Livro de Obstétrica*. Coimbra: Almedina..

Figueiredo, L. (2007). *Cuidados familiare ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Finch, C.E. (1976). Biological theories of aging. In: I. M. Burnside (Ed.), *Nursing and the Aged*, p. 92-98. New York: McGraw-Hill.
- Finch, C. E. (1994). Biochemistry of aging in the mammalian brain (pp. 627-644). In: G. Siegel, B. Agranoff, R. Albers, & P. Molinoff (Eds.), *Basic Neurochemistry*, 5th Ed. New York: Raven Press.
- Fisher, B. (1992). Successful aging and life satisfaction: A pilot study for conceptual clarification. *Journal of Aging Studies*, 6 (2), 191-202.
- Fisher, B. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 41 (3), 239-250.
- Fleck, M. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In Fleck, M et al (Orgs.). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, p. 19-28.
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E. e Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 793-799.
- Florindo, G. (2008). *Transição para a reforma no concelho de Évora: Assimetrias sócio-educativas entre urbanidade e ruralidade*. Dissertação de Mestrado em Educação na FCSH da Universidade Nova de Lisboa.
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In Paúl, C. & Fonseca, A. (coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp.281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A., & Paúl, C. (1999). A “Passagem à reforma” como um momento de transição: Uma abordagem desenvolvimental. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, 377-384.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Formosa, M. (2011). Lifelong learning in later life: the Universities of the Third Age. *Lifelong Learning Institute Review*, 5, 1-12.
- Freitas, A., Liberman, N., Salovey, P., & Higgins, E. (2002). When to begin? Regulatory

focus and initiating goal pursuit. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 121-130.

Friedrich, D. (2003). Personal and societal intervention strategies for successful aging. *Ageing International*, 28 (1), 3-36.

Fries, J. (1993). Medical perspectives upon successful aging. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 35- 49). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Frydenberg, E. (2002). Beyond coping: some paradigms to consider. In E. Frydenberg (Eds.), *Beyond coping: Meeting goals, visions, and challenges* (pp. 1-16). New York: Oxford University Press.

Garfein, A., & Herzog, A. (1995). Robust aging among the young-old, old-old, and oldest-old. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, S77-S87.

Gibson, R. C. (1995). Promoting successful and productive aging in minority populations. In L. A. Bond, S. J. Cutler & A. Grams (Eds.), *Promoting successful and productive aging* (pp. 279-288). Thousand Oaks, CA: Sage.

Glendenning, F. (2001). Education for older adults. *International Journal of Lifelong Education*, 20 (1/2), 63-70.

Grassi-Oliveira, R, Daruy-Filho, L., Brietzke, E. (2008). Coping como função executiva. *Revista Psico*, 39 (3), 275-281.

Green, J. (2000). *Neuropsychological evaluation of the older adult: A clinician's guidebook*. New York: Academic Press.

Greenberg, J., Schimel, J., & Martens, A. (2002). Ageism: Denying the face of the future. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 27-48). Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.

Greenglas, E. (2002). Proactive coping and quality of life management. In E. Frydenberg (Eds.), *Beyond coping: Meeting goals, visions, and challenges* (pp. 1-16). New York: Oxford University Press.

Groombridge, B. (2003). Glad to be gray. *Adults Learning*, 15 (1), 28.

- Guedea, M., Albuquerque, F., Tróccoli, B., Noriega, J., Seabra, M., Guedea, R. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 301-308.
- Guse, L., & Masesar, M. (1999). Quality of life and successful aging in long-term care: Perceptions of residents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 527- 539.
- Hart, R. W.& Setlow, R. B. (1974). Correlation between deoxyribonucleic acid excision-repair and life span in a number of mammalian species. *Proceedings National Academy of Science*, 71, 2169-73.
- Harman, D. (1956). Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *Journal of Gerontology*, 11, 298-300.
- Havighurst, R. (1948). *Developmental tasks and education*. New York: McKay.
- Hayflicks, L. (1980). *The cell biology of human aging*. *Scientific American*, 242, 58-65.
- Hayflicks, L., & Moorhead, P. S. (1961).The serial cultivation of human diploid cell strains.*Experimental Cell Research*, 25, 383-621.
- Hazzard, W. (1997). Ways to make ‘usual’ and ‘successful’ aging synonymous. *Western Journal of Medicine*, 167 (4), 206-215.
- Hebestreit, L. K. (2006). *An evaluation of the role of the University of the Third Age in the provision of lifelong learning*. Doctoral thesis in Education, School of Education, University of South Africa, non published.
- Helmchen, H. (1990). *Care of people with psychiatric subthreshold disorders*. New York: Plenum Publishers.
- Henrard, J. C. (1997). “Les processus de vieillissement et l’âge de la vieillesse” in *Actualité et dossier en Santé Publique* n.º 21. Consultado el 21 de marzo de 2013 en <http://hcsp.ensp.fr/adsp/AdSP-21/D2tx041.html>.
- Hobfoll, S. E., Schwarzer, R., & Chon, K. K. (1998). Disentangling the stress labyrinth: interpreting the meaning of the term stress as it is studied in health context. *Anxiety, Stress, and Coping*, 11, 181 - 212.
- INE (Instituto Nacional de Estatística - Portugal) (1999). *As gerações mais idosas* (Serie

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

de Estudos n.a 83). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INE (Instituto Nacional de Estatística - Portugal) (2000). *Resultados Definitivos: As causas de morte em Portugal, 2000*. Consultado el 3 de marzo de 2013, en http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=93940&att_display=n&att_download=y.

INE (Instituto Nacional de Estatística - Portugal) (2001). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas* (Informe del INE de 8 de abril, Informação a Comunicação Social). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INE (Instituto Nacional de Estatística - Portugal) (2007). *Estatísticas Demográficas* Destaque: Informação à Comunicação Social. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INE (Instituto Nacional de Estatística - Portugal) (2011). *Projeções da população residente em Portugal, 2008-2060*. Consultado el 3 de marzo de 2013, en http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICA.

Jacob, L. & Pocinho, R. (2013). *Educação Sénior em Portugal*. Lisboa: Edição RUTIS.

Jacob, L. (2007a). A importância das Universidades da Terceira Idade na qualidade de vida seniores em Portugal. *Medicina Avançada*, 92, 16-17.

Jacob, L. (2007b). *Animação de idosos*. Porto: Ambar.

Jacob, L. (2010). *Guia para formadores de seniores*. Edição RUTIS.

Jacob, L. (2012). *Universidades Seniores: Criar novos projetos de vida*. In *Ideias para um envelhecimento ativo*. Lisboa: Edição RUTIS.

Jiang, X., Wang, M., Graham, D. Y., & Estes, M. K. (2001). Expression, self-assembly, and antigenicity of the Norwalk virus capsid protein. *Journal of Virology*, 66, 6527-32.

Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-41). New York:

Springer.

- Kahana, E., Kahana, B., & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, 28(2), 155-80.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1992). *Well-being: the foundation of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Keister, J., Blixen C. (1998). Quality of Life and Aging. *Journal of Gerontological Nursing*, 24 (5), 22-28.
- Kerka, S. (1999). Universities of the Third Age: Learning in Retirement. *Trends and Issues Alert* (2), 3-4.
- Keys, C., Shmotkin, D. & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being. The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in people. *Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In Birren, J. E. et al. (Eds.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press, p. 3-27.
- Lawton, M. P. (1992). *Medio ambiente y satisfacción de las necesidades del envejecimiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, New York, 55, p. 234-247.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lellouch, A. (1992). *Jean Martin Charcot et les origines de la Geriatrie*. Paris: Payot.
- Lent, R. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482-509.
- Levinson, D. (1978). *The seasons of a man's life*. New York: Knopf.
- Levitan, U. (1999). Contributions of social arrangements to the attainment of successful

aging: The experience of the Israeli Kibbutz. *Journal of Gerontology*, 54, 205-213.

Levy, B. R., & Banaji, M. R. (2002). Implicit ageism. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49-75). Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 261-270.

Lima & Viegas (1988). A diversidade cultural do Envelhecimento: A construção social da categoria Velhice. *Psicologia*, VI, 2, 49-158.

Lima, M. P. (2004). *Posso Participar? Atividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Âmbar.

Lima, M., Simões, A., Vieira, C., Oliveira, M., Ferreira, J., Pinheiro, M. & Matos, A. (2001). O bem-estar subjetivo na meia-idade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXV, 171-190.

Lima, N. (2010). Como Rejuvenescer a Mente. In: *Idade Maior: Saber Viver*. <http://www.idademaior.iol.pt/bem-estar/ginastica-mental/comorejuvenescer-a-mente/>, consultado el 12 de marzo de 2013.

Little, B. (1999a). Personal projects and social ecology. In J. Brandstadter & R. Learner (Eds.), *Action and self-development: Theory and research through the lifespan* (pp.197-221). Thousand Oaks, CA: Sage.

Little, B. (1999b). Personality and motivation: Personal action and conative evolution. In L. Pervin & O. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd Ed.), (pp. 501-524). New York: Guilford.

Loeb, J. & Northrop, J. H. (1917). On the influence of food and temperatura upon the duration of life. *Journal of Biological Chemistry*, 32, 103–121.

Lopes, M., Cunha, L., & Pereira, F. (2013). Papel da educação para a promoção do suporte social e nível de satisfação com a vida. En S. López, O. Péres, J. Calvo & M. García (Ed.), *Congreso Internacional de Pedagogía Social y XXVI y Seminario*

Interuniversitario de Pedagogía Social. Crisis social y Estado del Bienestar: las respuestas de la Pedagogía Social (pp. 228-235). Oviedo: Universidad de Oviedo.

López Puga, J. (2012). Cómo construir y validar Redes bayesianas con Netica. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 17(1), 1-17.

Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616–628.

Lupien, S. & Wan, N. (2004). Successful ageing: From cell to self. *Philosophical Transactions, The Royal Society of London, Biological Sciences*, 359, 1413-1426.

Lynott, R., & Lynott, P. (1996). Tracing the Course of Theoretical Development in the Sociology of Aging. *The Gerontologist*, 36, 749-760.

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect. *Psychological Bulletin*, 131(6), p- 803-855.

Madox, G. (1970). Themes and Issues in Sociological Theories of Human Aging. *Human Development*, 13, 17-27.

Magalhães, E. (2011). *O envelhecimento ativo: uma perspetiva psicossocial*. In *Ideias para um envelhecimento ativo*. Lisboa: Edição RUTIS.

Marconcin, P., & Real, N. (2010). A representação das Universidades Seniores, o bem-estar subjetivo e a prática da atividade física em idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 3(2), p.17-26.

Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*: Lisboa: Relógio D'Água.

Martin, A. V. (2007). Gerontologia educativa: enquadramento disciplinar para o estudo e intervenção socioeducativo com idosos. In A. R. Osório & F. C. Pinto, *As Pessoas Idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

Martins, L. R. (1999). *Envelhecimento e saúde: Um problema social emergente*. Consultado el 20 de abril de 2013, en <http://psicologiafins.pt.html>.

Martins, M., & Valente, A. (2004). Abordagem da comorbilidade no idoso internado. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 11(2), 13-18.

Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social*, 171, 339-363.

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

- Mazo, G. Z. (2004). *Atividade física e o idoso: Conceção gerontológica* (2ª Ed.). Porto Alegre: Sulina.
- McKay, C., Crowell, M., & Maynard, L. (1935). The effect of retarded growth upon the length of lifespan and upon the ultimate body size. *Journal of Nutrition*, 10, 63-79.
- Meléndez Moral, J. C., Tomás Miguel, J. M., & Navarro-Pardo, E. Análisis del bienestar en la vejez según la edad (2008). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43, 2, 90–95.
- Meléndez, J. C., Navarro-Pardo, E., Oliver, A. & Tomás, J. M. (2009). La satisfacción vital en los mayores: Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología*, 95, 29-42.
- Melo, A., & Federighi, P. (1999). *Glossário de Educação de Adultos na Europa*. Associação Europeia para a Educação de Adultos.
- Merlo, J., Ostergren, P. O., Manson, N. O., Hanson, B. S., Ranstam, J., Blennow, G. (2000). Mortality in elderly men with low psychosocial coping resources using anxiolytic-hypnotic drugs. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 294-297.
- Midwinter, E. (2005). We are citizens, not social casualties. *Adults Learning*. 17 (4), 26-28.
- Miller, R. A. (1996). The aging immune system: primer and prospectus. *Science*, 273, 5271, 70-74.
- Monat, A., Lazarus, R. S., & Gretchers, R. (2007). *The Praeger Handbook on Stress and Coping*. Westport, CT: Praeger.
- Moniz, J. M. N. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Monteiro, H., & Neto, F. (2008). *Universidades da Terceira Idade. Da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: Legis Editora.
- Motta, M., Bennati, E., Ferlito, L., Malaguarnera, M., & Motta, L. (2005). Successful aging in centenarians: Myths and reality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*,

40, 241-251.

Moura (2006). *Século do envelhecimento*. Loures: Lusociência.

Mroczek, D. & Kolarz, C. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333-1349.

Nazaret, J. M. (2009). *Crescer e envelhecer. Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.

Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. São Paulo: Papirus.

Neri, A. L. (2007). *Atitudes e preconceitos em relação à velhice* (p. 33-46). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

Neto, F. (1989). Avaliação da solidão. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.

Neto, F. (1992). *Solidão, embaraço e amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.

Neto, F. (1999). As pessoas idosas são pessoas: aspetos psicossociais do envelhecimento. *Psicologia, Educação e Cultura*, III, 2, 297-322.

Neto, F. (2000). *Psicologia social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.

Netto, M. P., & Borgonovi, N. (1996). Biologia e Teorias do Envelhecimento. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*, 1ª Ed. (cap. 4, pp. 44-59). São Paulo: Atheneu.

Neugarten, B. L. (1968). *Middle age and aging: a reader in Social Psychology*. Chicago: The University of Chicago Press.

Novo, R. (2000). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Colouste Gulbenkian.

Nunes, A. T. G. L. (2000). Serviço social e universidade de terceira idade: uma proposta de participação social e cidadania para os idosos. *Textos sobre envelhecimento UnATI/ UERJ*, 3 (5), 1-97.

Oliveira, F. (2011). *Características Psicológicas e Solidão Sentida em Idosos do Meio Urbano*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Idoso. Faculdade de

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, no publicada.

- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsico-Psicologia.
- Oliveira, J. (2008). *Psicologia do idoso: temas complementares*. Porto: Legis Editora.
- OMS (2013). Global Health Observatory (GHO). World Health Statistics. Consultado el 10 de marzo de 2014 en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/.
- Osorio, A. R. (2007). Os idosos na sociedade atual. IN A.R. Osório & F. C. Pinto, *As Pessoas Idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ouwehand, C., Ridder, D. T., & Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27, 873-884.
- Pachana, N.A., Byrne, G.J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI). *International psychogeriatrics*, 19, 103–14.
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism: Negative and Positive* (2nd Ed.). New York: Springer.
- Park, N., Peterson, C. & Seligman, M. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 603-619.
- Paschoal, S. (2004). *Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico*. Tese de Doutorado da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, no publicada.
- Paúl, C. (1995). O processo de avaliação ambiental multifásico (MEAP). *Psicologia*, 10 (1/2), 237-264.
- Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos, sistemas humanos e organizacionais*. Braga: Braga Lda.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (Ed.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal - psicologia, saúde e prestação*

de cuidados. Lisboa: Climepsi Editores.

- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl e A. Gr. (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 77-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1–20.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness - a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley-Interscience Publication.
- Perdue, C. W., & Gurtman, M. B. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199-216.
- Pereira, D. (2002). *Qualidade de vida na terceira idade e sua relação com o trabalho*. Florianópolis: Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina, no publicada.
- Pereira, F. (2010). *Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, no publicada.
- Peterson, D.A. (1990). A history of the education of older learning. In R.H. Sherrom & D.B. Lumsden (Ed.), *Introduction to Educational Gerontology*. New York: Hemisphere.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto, F. C. (2007). A terceira idade: idade da realização. In A.R. Osório & F. C. Pinto, *As Pessoas Idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Plomin, R., Pedersen, N., Lichtenstein, P., & McClearn, G. (1994). Variability and

stability in cognitive abilities are largely genetic later in life. *Behavior Genetics*, 24, 207-215.

Pocinho, L., Pais, A., Santos, E., Nunes, A., & Santos, G. (2013). Solidão e abandono social na terceira idade. In R. Pocinho, E. Santos, A. Pais, E. Navarro et al., *Envelhecer Hoje*, pp. 45-73. Viseu: Psicosoma.

Pocinho, R., Santos, E., Rodrigues, A., Pais, A. & Santos, G. (2013). Formação e qualidade de vida das pessoas idosas. In R. Pocinho, E. Santos, A. Pais, E. Navarro et al., *Envelhecer Hoje*, pp. 13-45. Viseu: Psicosoma.

Poirier, D. (1995). As teorias do envelhecimento. In Berger, L. e Poirier, D. *Pessoas Idosas: Uma abordagem global* (pp. 99-104). Lisboa: Lusodidacta.

Pollock, G. H. (1980). Aging or aged: development or pathology. In Greenspan S.J. & G.H. Pollock (Ed.). *The course of life: psychoanalytic contributions toward understanding personalitu development. Adulthood and the aging process* (vol. 3) (pp. 549-585). Maryland: National Health Study Center.

Pratt, M., & Norris, J. (1995). *The social psychology of aging*. Oxford: Blackwell.

Prenda, K. M., & Lachman, M. E. (2001). Planning for the future: A life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and Aging*, 16 (2), 206-216.

Puga, J. L., & García, J. G. (2012). A Comparative Study on Entrepreneurial Attitudes Modeled with Logistic Regression and Bayes Nets. *The Spanish journal of psychology*, 15(03), 1147-1162.

Queiroz, Z., & Papaléo, N. (2007). Envelhecimento bem-sucedido: aspetos biológicos, psicológicos e socioculturais. Importância da sociabilidade e da educação. In Papaleó, N. (Ed.). *Tratado de Gerontologia* (pp. 807-815). São Paulo: Atheneu.

Ramos, M. (2002). Apoio Social e Saúde entre idosos. *Sociologias*, 7, 156-175.

Rapkin, B. & Fisher, K. (1992). Personal goals of older adults: Issues in assessment and perdition. *Psychology and Aging*, 7(1), 127-137.

Rebelo, J. E. (2009). *Amor, Luto e Solidão*. Lisboa: Editora Casa das Letras.

- Reis Jr. J. (1980). Aspetos gerais e históricos da Geriatria. *Ruiti*, II, 6, 29-43.
- Ribeiro, J. (1994). A psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In T. McIntire. *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp.33-35). Braga: Associação Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, O., Paul, C., Simões, M., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: *Transcultural adaptation and psychometric validation*. *Aging & Mental Health*, 1, 1-7.
- Riley, M., Johnson, J., & Foner, A. (1972). *Aging and Society. A Sociology of Age Stratification*. New York: Russel Sage Foundation.
- Rodrigues, D. (2007). *Os aspetos cognitivos da qualidade de vida: um estudo entre as variáveis do locus de controle e as do bem-estar subjetivo*. Tese Doutoramento em Psicologia. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, no publicada.
- Rogado, L. Q. (1986). O fenómeno biológico do envelhecimento. *Ruiti*, VIII, 30, 10-31.
- Röhme, D. (1981). Evidence for a relationship between longevity of mammalian species and lifespan of normal fibroblasts in vitro and erythrocytes in vivo. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 78, 35-84.
- Rose, A. (1965). The subculture of aging: a framework for research in social gerontology. *El proceso de envejecimiento*. Madrid, Morata.
- Rossell, N., Herrera, R., & Rico, M. (2004). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rowe, J., & Kahn, L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1999). *Successful aging*. New York: Pantheon Books, Dell Publishing.
- Rua, S. (2008). *Satisfação com a vida, ética e comportamento monetário: Idosos e*

idosas pobres a viver sós. Dissertação de Mestrado em Gerontologia pela Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, no publicada.

Russell, D. (1988). The measurement of loneliness. En L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 81-104). New York: Wiley.

Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and on human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Ryff, C. & Singer (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.

Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.

Ryff, C. (1989b). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4 (2), 195-210.

Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.

Saiz Ruiz, J. (2001). *Manual de Psicogeriatría clínica*. Barcelona: Masson.

Salthouse, T. A. (1991). Mediation of adult age differences in cognition by reductions in working memory and speed of processing. *Psychological Science*, 2, 179-183.

Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo do Concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, no publicada.

Santos, E., Pocinho, R., Ferreira, C., Santos, G., & Pais, A. (2013). Desequilíbrios demográficos e respostas sociais. In R. Pocinho, E. Santos, A. Pais, E. Navarro et al., *Envelhecer Hoje*, pp. 73-87. Viseu, Portugal: Psicossoma.

Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.

- Schaie, K. (1970). A reinterpretation of age related changes in cognitive structure and functioning. In L. Goulet & P. Baltes (Eds.), *Life-span developmental psychology: Research and theory* (pp. 485-507). New York: Academic Press.
- Schaie, K. (2001). Theories of aging. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (pp. 317- 322). Oxford, UK: Pergamon, Elsevier Publisher's.
- Scheidt, R. J., Humphreys, D. R. and Yorgason, J. B. (1999). Successful aging: what's not to like? *Journal of Applied Gerontology*, 18, 277–82.
- Schroots, J.J.F. & Birren, J.E. (1990). Concepts of Time and Aging in Science. In I. Birren, J. E. II. Schaie & K. Warner (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp.45-64). London: Academic Press.
- Schroots, J.J.F. (1995). Psychological models of aging. *Canadian Journal of Aging*, 14, 44 – 67.
- Schroots, J.J.F. (1996). Theoretical Developments in the Psychology og Aging. *The Gerontologist*, 36(6), 742-746.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life-span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Schwarzer, R. & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuit and striving toward growth: proactive coping. In E. Frydenberg (Eds.). *Beyond coping: Meeting goals, visions, and challenges* (pp. 1-16). New York: Oxford University Press.
- Seiffge-Krenke, I., & Beyers, W. (2005). Coping trajectories from adolescence to young adulthood: links to attachment state of mind. *Journal of Research on Adolescence*, 15 (4), 561-582.
- Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(20), 505-516.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos dependentes*. Coimbra: Edição Quarteto.
- Serrani, D. (2008). Modelo psicosocial y de género de la discapacidad en Adultos Mayores: el rol del afrontamiento proactivo y los recursos sociales. *Revista*

Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 14(4), 42-55.

- Sheldon, K. & Kasser, T. (1998). Pursuing progress: Skills enable progress, but not all progress is beneficial. *Personality and Social Psychological Bulletin*, 68, 1219-1331.
- Shephard R. J. (2002). *Gender, Physical Activity and Aging*. Boca Ratón, Florida: CRC Press.
- Silva, D. K. (2002). *Actividade física e qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com doenças vascular periférica*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Mestrado em Educação Física (Dissertação de Mestrado).
- Silva, F. P. (1999). *Crenças em relação a velhice, bem-estar subjetivo e motivos para frequentar Universidade da terceira Idade*. Campinas: Silva, F. Tese de mestrado apresentada à faculdade de educação da Universidade estadual de Campinas, no publicada.
- Simões, A. (1982). Aspectos de Gerontologia. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 16, 49-92.
- Simões, A. (1990). Alguns mitos respeitantes ao idoso. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIV, 109-121.
- Simões, A. (2002). Um novo olhar sobre os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36(1), 559-569. Simões, A. (2002).
- Simões, A. (2006). *A nova velhice. Um novo público a educar*. Porto: Âmbar.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. & Oliveira, A. (2003). O bem-estar subjetivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37(1), 5-30.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. P., & Oliveira, A. L. (2001). O bem-estar subjetivo dos idosos: Fatores sociodemográficos e de personalidade. In A. Simões, A. Oliveira, C. Vieira, L. Alcoforado, M. Lima & M. Gaspar (Eds.), *Modelos e práticas em educação de adultos* (pp. 301-320) Coimbra: Ediliber.

- Smelser, N. & Baltes, P. (2001). *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (pp. 317- 322). Oxford, UK: Pergamon, Elsevier Publisher's.
- Smith, J., Flesson, W., Geiselmann, B., Settersten, Jr. & Kunzmann, U. (1999). Sources of well-being in very old age. In P. Baltes & K. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 450-471). Cambridge: Cambridge University Press.
- Souza, R. (2006). Anatomia do envelhecimento. In, C. Filho, T. Eurico, & M. Papaléonetto. *Geriatrics. Fundamentos, clínica e terapêutica* (pp.35-42). São Paulo: Editora Atheneu.
- Sousa, L. & Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice* (2ª Edição). Porto: Âmbar.
- Sousa, L., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37(3), 364-371.
- Spar, J.E. & la Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Spiriduso, W. W. (2005). *Dimensões físicas do Envelhecimento*. (tradução Paula Bernardi, revisão científica Cássio Mascarenhas Robert Pires). Barueri, Sao Paulo: Manole.
- Staudinger, U., Fleeson, W. & Baltes, P. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being: Similarities and differences between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 305-319.
- Strauss, E. Sherman, E., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms and commentary* (3rd edition). New York: Oxford University Press.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-report compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist*, 42, 727-733.
- Strawbridge, W., Cohen, R., Shema, S., & Kaplan, G. (1996). Successful aging: Predictors and associated activities. *American Journal of Epidemiology*, 144, 135-

141.

- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do envelhecimento: uma Introdução*. Porto Alegre: Artmed.
- Swindell, R. (2002). U3A Online: a virtual university of the third age for isolated older people. *International Journal of Lifelong Education*, 21 (5), 414-429.
- Swindell, R., Thompson, J. (1995). An international perspective on the University of the Third Age. *Educational Gerontology*, 21(5), 429-447.
- Teixeira, R. M. O. C. (2004). *A qualidade de vida do idoso e as influências que têm sobre ela a domiciliação e as construções do idoso sobre os problemas com a família*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Ramo Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Thomae, H. (1970). Theory of Aging and Cognitive Theory of Personality. *Human Development*, 13, 1-16.
- Thorton, J. E. (1992). Educational Gerontology in Canada. *Educational Gerontology*, 18: 415-431.
- Tornstam, L. (1989). Abuse of elderly in Denmark and Sweden: Results from a population study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 1, 35–44.
- Tornstam, L. (1992). The Quo Vadis of gerontology; on the gerontological research paradigm. *The Gerontologist*, 32, 318-326.
- Tornstam, L. (1994). Gerotranscendence – a theoretical and empirical exploration. In Thomas L.E. & Eisenhandler.S. (Eds.) *Aging and Religious Dimension* (pp. 203-225). Westport: Greenwood Publishing Group.
- Trentini, C. (2004). *Qualidade de vida em idosos*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Vaillant, G. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.
- Vaillant, G. (1993). *The wisdom of the ego*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vaz, E. (1998). Mais idade e menos cidadania. *Análise Psicológica*, 4, 621-633. <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n4/v16n4a07.pdf>, consultado el 20 de

abril de 2013.

- Vaz Serra, A. (2006). Que significa Envelhecer? In Firmino, H., Pinto, L. C., Leuschner, A. & Barreto, J. (Eds). *Psicogeriatria* (pp. 21-33). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252.
- Veenhoven, R. (2005). Is life getting better? How long and happily do people live in modern society? *European Psychologist*, 10, 330-343.
- Veloso, E. (2004). *Políticas e contextos educativos para os idosos: um estudo sociológico numa Universidade da Terceira Idade em Portugal*. Tese doutoramento em Educação, Universidade do Minho, Braga, no publicada.
- Veras, R. P., & Caldas, C. P. (2004). Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (2), 423-432.
- Vieira, E. B. (1996). *Manual de Gerontologia* (pp. 18-60). Rio de Janeiro: Revinter.
- Vivan, A. (2006). *Estratégias de coping frente às dificuldades funcionais e Sintomas de depressão em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul.
- Vivan, A., & Argimon, I. (2009). Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (2), 436-444.
- Vlassara, H. (1994). Serum Advanced Glycosylation End Products: A New Class of Uremic Toxins? *Blood Purification*, 12, 54-59.
- Walker, A. (2004). Calidad de vida de las personas mayores. Análisis comparativo europeo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(3), 8-17.
- Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and social Psychology*, 64, 678-691.

Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal

- Weisman, A. (1892). *Essays upon heredity and kindred biological problems*, vol. II. Oxford: Clarendon Press.
- Wilkinson, J. A., & Ferraro, K. F. (2002). Thirty years of ageism research. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older adults* (pp. 339–358). Cambridge, MA: MIT Press.
- Williamson, A. (2000). Gender issues on older adults' participation in learning: viewpoints and experiences of learners in the university of the third age (U3A). *Educational Gerontology*, 26, 49-66.
- Williamson, G. M. (2002). Aging Well: Outlook for the 21st Century. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 676-686). Oxford: Oxford University Press.
- Wood, W., Rhodes, N. & Whelan, M. (1989). Sex differences in positive well-being: A consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin*, 106, 249-264.
- Yenerall, J. (2003). Educating and aging society: the University of the Third Age in Finland. *Educational Gerontology*, 29(1), 703-716.
- Yesavage, Brink, J., Rose, T., Lum, O., & Leirer, M. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatry Research*, 17(1), 37-49.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice. Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Zinberg, N. E., & Kaufman, I. (1987). *Psicología Normal de la Vejez*. Barcelona: Paidós.