

Estudio comparativo del bienestar y el acceso al bienestar en la vejez

Ricardo Horacio Cortese

Universidad Abierta Interamericana, Argentina

María Mercedes Fernández Canales

Universidad Abierta Interamericana, Argentina

mercedesfernandez.1987@gmail.com

Enviado: 27/12/2019.

Aceptado: 4/10/2020.

Resumen

Considerando que el envejecimiento de la población mundial es un fenómeno demográfico relevante en la actualidad, el objetivo de este estudio fue comparar los niveles de bienestar (emocional, psicológico y social), las rutas de acceso a éste (vida placentera, vida comprometida y vida con significado) y el estado de salud mental (floreciente, moderado y languideciente) entre viejos-jóvenes y viejos-viejos de Buenos Aires. Para ello, se realizó un estudio cuantitativo de alcance descriptivo/comparativo dentro de un diseño no experimental en secuencia de tiempo transversal y se conformó una muestra de N= 634 sujetos de ambos sexos de entre 65 y 100 años de edad, quienes completaron un cuestionario socio-demográfico ad-hoc; el Mental Health Continuum- Short Form y la Escala de tres rutas de acceso al bienestar. Los resultados evidenciaron que los viejos-jóvenes obtuvieron puntuaciones más altas en todas las variables de estudio en comparación con los viejos-viejos. Este fue el primer estudio realizado a nivel nacional e internacional que utilizó dos modelos contemporáneos del bienestar.

PALABRAS CLAVES: ENVEJECIMIENTO, VEJEZ, BIENESTAR, RUTAS DE ACCESO AL BIENESTAR.

COMPARATIVE STUDY OF WELL-BEING AND ACCESS TO WELL-BEING IN OLD AGE

Abstract

Considering that the aging of the world population is a relevant demographic phenomenon nowadays, the objective of this study was to compare the levels of well-being (emotional, psychological and social), the routes of access to well-being (pleasant life, engaged life and meaningful life) and the state of mental health (flourishing, moderate and languishing) between young-old people and old-old people in Buenos Aires. For this, a quantitative study of descriptive / comparative scope was carried out within a non-experimental design in a transverse time sequence and a sample of N = 634 subjects of both sexes between 65 and 100 years of age was formed, who completed an ad-hoc socio-demographic questionnaire; the Mental Health Continuum- Short Form and the Scale of three routes of access to well-being. The results showed that the young-old people obtained higher scores in all the study variables compared to the old-old ones. This was the first national and international study that used two contemporary models of well-being.

KEYWORDS: AGING, OLD AGE, WELL-BEING, ROUTES OF ACCESS TO WELL-BEING.

Introducción

Actualmente, el envejecimiento de la población mundial es un fenómeno demográfico relevante a causa del aumento de adultos mayores y de la extensión del ciclo vital, lo cual supone nuevos desafíos para la planificación de políticas públicas en cuestiones de salud, de cuidado y de seguridad social (Peláez, Monteverde y Acosta, 2017).

Desde una concepción positiva el envejecimiento ha despertado el interés científico en los últimos años, lo que impulsó una nueva línea de trabajo centrada en el envejecimiento satisfactorio o exitoso. Los autores que han tratado este tema (eg. Triadó Tur, Villar Posada, Solé Resano y Osuna Olivares, 2003; Gallardo Peralta, Conde Llanes y Córdova Jorquera, 2016; Gallardo Peralta, Cuadra Peralta, Cámara Rojo, Gaspar Delpino y Sánchez Lillo, 2017; Blanco Molina y Salazar Villanea, 2017) señalan que el envejecimiento con éxito implica tres elementos, los cuales son: 1) baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades; 2) alta capacidad funcional psico-física y 3) activa implicación con la vida.

La gerontóloga social Neugarten (1999) agrupa a la población adulta mayor en *viejos-jóvenes* y *viejos-viejos*. Dentro del grupo de *viejos-jóvenes*, se encuentran aquellas personas que tienen entre 65 a 74 años de edad, pudiendo alcanzar en algunos casos los 79 años y se caracterizan por tener salud óptima, fortaleza física, psíquica y disfrutar de un relativo bienestar económico. Además, incluye personas bien integradas en sus familias y comunidades que tienen un alto grado de educación y desean permanecer activos realizando

distintas actividades. En el grupo de viejos-viejos, se encuentran los adultos mayores de 80 años de edad que se caracterizan por ser personas que, a causa de su deterioro mental o físico, requieren asistencia sanitaria y social.

Con respecto a esta clasificación, es importante aclarar que Neugarten (1999) considera a esta división por grupos etarios como una alternativa para ordenar la enorme diversidad existente entre los adultos mayores, pero no es una agrupación cronológica. Los términos viejos-jóvenes y viejos-viejos solo refieren al estado de salud mental y física y a la participación de los sujetos en el ámbito familiar y comunitario.

Por su parte, la Psicología había dejado de lado el interés por indagar los aspectos positivos durante la vejez priorizando sólo los aspectos negativos, tanto a nivel físico como psicosocial (Arias, 2009; Arias y Iacub, 2013). Sin embargo, múltiples investigaciones realizadas en este siglo evidenciaron que el bienestar juega un papel fundamental en la salud de los adultos mayores (Ortega, Ramírez y Chamorro, 2015).

El estudio del bienestar desde la perspectiva psicológica puede ubicarse en dos líneas teóricas. La primera, es la que toma los aportes de la concepción hedónica y se enfoca en la evaluación de las emociones positivas y la percepción de la satisfacción general con la vida; esta línea es denominada bienestar subjetivo o emocional (Keyes y Magyar Moe, 2003 citado en Castro Solano, 2009). La segunda, toma los aportes de la concepción eudaemónica y sostiene que el bienestar es multidimensional, por lo que es necesario tener en cuenta los aspectos sociales y del entorno en su evaluación; dentro de ella se incluyen aspectos del bienestar, psicológicos y sociales (Sosa, Fernández y Zubieta, 2014).

La mayoría de los estudios basados en la perspectiva hedónica, coinciden en que durante la vejez se presentan niveles elevados de bienestar emocional e incluso se experimenta un aumento con la edad, como así también, existe evidencia de que los jóvenes presentan niveles más bajos que los adultos mayores (Lacey, Smith y Ubel, 2006; Inga Aranda y Vara Horna, 2006; Meléndez Moral, Tomás Miguel y Navarro Pardo, 2008; Arraga Barrios y Sánchez Villarroel, 2010; Scheibe y Carstensen, 2010; Arias y Soliveréz, 2012; entre otros). Por el contrario, las investigaciones que toman los aportes de la perspectiva eudaemónica evidencian que el bienestar psicológico muestra un decremento en la vejez, mientras que la minoría no avalan diferencias significativas al comparar diferentes franjas etarias (Meléndez Moral et al., 2008; Arias y Soliveréz, 2009; Meléndez, Tomás y Navarro, 2011; Arias y Soliveréz, 2012; entre otros).

No obstante, a partir del avance teórico en el constructo bienestar impulsado por la Psicología Positiva durante la última década, aparecen nuevas teorías que integran las perspectivas hedónica y eudaemónica del bienestar y denominan *flourishing* (florecimiento) al estado en el que están presentes altos niveles de ambos tipos de bienestar (Hone, Jarden, Schofield y Duncan, 2014). Por lo tanto, el bienestar implica sentirse bien -hedónico- y funcionar bien -eudaemónico- (Keyes, 2002; Huppert y So, 2013; Diener et al., 2010; Seligman, 2011).

Uno de los mencionados modelos es la Teoría de la auténtica felicidad [TAF], que propone un abordaje integrado del bienestar y toma como objeto de estudio la satisfacción con la vida (Seligman, 2002). En esta teoría, Seligman (2014) expone que el bienestar

se puede alcanzar por medio de tres vías o rutas que una persona elige por sí misma, a saber: la emoción positiva (*pleasant life* o *vida placentera*), el compromiso (*engaged life* o *vida comprometida*) y el sentido (*meaningful life* o *vida con significado*).

La Vida placentera consiste en tener la mayor cantidad de momentos felices durante la vida, los cuales se desprenden de la visión hedonista y son alcanzados mediante el *savoring*, el *mindfulness* y cultivando emociones positivas en el pasado o en el futuro. La Vida comprometida, tiene que ver con el bienestar que se deriva del compromiso con la tarea efectiva y con la capacidad de experimentar *flow*. El estado *flow* se enfoca en la visión eudaimónica y se alcanza cuando una persona pone en juego sus habilidades personales y su esfuerzo para lograr una tarea. Por último, la Vida con significado, consiste en la búsqueda de sentido para aplicar las fortalezas ayudando a las demás personas a que desarrollen sus potencialidades o a alguna institución positiva para expresar el sentido que se le quiere dar a la vida (Seligman, 2003; Lupano Perugini y Castro Solano, 2010; Castro Solano, 2011; Góngora y Castro Solano, 2015).

En las investigaciones que prestan atención a las rutas de acceso al bienestar no se aprecian datos específicos en la vejez, la mayoría evidencia que otros grupos etarios han priorizado la vida comprometida y la placentera para el logro del bienestar. Además, se halló que algunas variables sociodemográficas (edad, estado civil y nivel de educación alcanzado) tendrían un efecto sobre el acceso al bienestar y se encontró que las tres rutas han presentado relaciones estadísticamente significativas entre ellas (Peterson, Park y Seligman, 2005; San Martín, Perles y Canto, 2010; Castro Solano, 2011).

Otra de las perspectivas teóricas que unifica las tradiciones hedonista y eudaimónica del bienestar es el Modelo del Continuo de Salud Mental [MCSM], el cual sostiene que la salud mental positiva y la enfermedad mental están relacionadas, pero sus dimensiones son diferentes, ya que una serie continua indica la presencia o ausencia de salud y otra la presencia o ausencia de enfermedad. Este modelo ha sido estudiado en diferentes contextos y posee investigación que lo apoya (eg. Keyes, 2002, 2005; Keyes, Wissing, Potgieter, Temane, Kruger y Van Rooy, 2008; Petrillo, Capone, Caso y Keyes, 2015; Lupano Perugini, Iglesia, Castro Solano y Keyes, 2017; Echeverría, Torres, Pedrals, Padilla, Rigotti y Bitran, 2017). A la vez, permite distinguir entre sujetos con salud mental positiva y con enfermedad mental, por medio de la combinación de los niveles de las dimensiones del bienestar (emocional, psicológico y social) y postula tres estados: 1) Floreciente, en el que las personas exhiben altos niveles de bienestar emocional, psicológico y social; 2) Languideciente, en el que las personas exhiben niveles bajos de bienestar emocional, psicológico y social y 3) Moderado, en el que las personas son sanas mentalmente, pero no se ajustan a los criterios para florecimiento o languidez en la vida (Keyes et al., 2008; Westerhof y Keyes, 2010).

La evidencia científica del Continuo de Salud Mental indica que el estado de florecimiento se relacionó con menor riesgo de enfermedad cardiovascular y física crónica, menor cantidad de limitaciones de salud, menor uso de servicios sanitarios y un saludable funcionamiento psicosocial, mientras que el estado de languidecimiento se asoció con la prevalencia de trastornos mentales, bajos niveles de funcionamiento social y riesgo de enfermedad cardiovascular, entre otros (Keyes, 2007). Considerando un estudio realizado

en Malasia, se ha evidenciado por medio de la clasificación de Keyes (2002) que la mitad de los adultos mayores (edad media 69,05) se encontraban floreciendo en la vida. Además, un estudio realizado en Argentina por Góngora y Castro Solano (2017), en el que se evaluó por primera vez la prevalencia del continuo de salud mental en población adulta (edad media 40.62), evidenció que la mayoría de los participantes poseían salud mental moderada seguida de floreciente. Por último, los pocos estudios que aplicaron el Modelo de Keyes a nivel internacional demuestran que la sección de adultos mayores tiende a reportar niveles más elevados de bienestar emocional que los jóvenes y que la edad tendría un efecto indirecto con el nivel global de bienestar, ya que los adultos de mayor edad presentan una disminución en mencionados niveles al compararlos con los jóvenes (eg. Westerhof y Keyes, 2010; Snowden, Keyes y Anderson, 2010).

En función de lo expuesto, el objetivo de este estudio es comparar los niveles de bienestar junto al estado de salud mental y las rutas de acceso al bienestar entre los viejos-jóvenes y los viejos-viejos de Buenos Aires, Argentina. Teniendo en cuenta los antecedentes que fueron descriptos, se plantea como hipótesis central que el grupo de viejos-jóvenes presenta mayores niveles en los tres tipos de bienestar y en las tres rutas de acceso a éste en comparación con el grupo de viejos-viejos.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó un trabajo de enfoque cuantitativo con alcance descriptivo/comparativo, dentro de un diseño no experimental en secuencia de tiempo transversal (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010; Vieytes, 2004).

Participantes

Se seleccionó una muestra intencional, no probabilística (Hernández Sampieri et al., 2010), conformada por N= 634 sujetos de ambos sexos (hombres 35% - mujeres 65%) de entre 65 y 100 años de edad (media 77,29 con un desvío típico de 7,93) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires que no presentaban deterioro cognitivo ni algún trastorno mental y eran autónomos en su vida diaria, con la siguiente distribución:

- *Grupo de Viejos Jóvenes*, es decir, adultos que tenían entre 65 y 79 años de edad (Neugarten, 1999) al momento de realizar la entrevista, compuesto por N= 318 participantes (208 mujeres – 110 hombres, edad media 70,6 años; desvío típico 4,47).
- *Grupo de Viejos Viejos*, es decir, adultos que tenían de 80 años de edad en adelante (Neugarten, 1999) al momento de realizar la entrevista, compuesto por N= 316 participantes (203 mujeres – 113 hombres, edad media 84,02 años; desvío típico 3,97).

Tabla 1. Datos sociodemográficos

		Viejos Jóvenes N=318		Viejos Viejos N= 316	
		N	%	N	%
Sexo	Femenino	208	65,4	203	64,2
	Masculino	110	34,6	113	35,8
Lugar de residencia	Ciudad Autónoma de Bs. As.	75	23,6	68	21,5
	Gran Bs. As.	243	76,4	248	78,5
Nivel educativo	Primario incompleto	27	8,5	64	20,3
	Primario completo	73	23	89	28,2
	Secundario incompleto	51	16	56	17,7
	Secundario completo	67	21,1	54	17,1
	Terciario incompleto	21	6,6	9	2,8
	Terciario completo	33	10,4	24	7,6
	Universitario incompleto	14	4,4	7	2,2
	Universitario completo	32	10,1	13	4,1
Estado civil	Soletero/a	16	5	8	2,5
	En pareja	30	9,4	11	3,5
	Casado/a	113	35,5	95	30,1
	Separado/a	16	5	8	2,5
	Divorciado/a	52	16,4	15	4,7
	Viudo/a	91	28,6	179	56,6
Hijos	Si	286	89,9	300	94,9
	No	32	10,1	16	5,1
Viven	Si	274	86,2	248	78,5
	No	27	8,5	9	2,8
Nietos	Si/No	8	2,5	49	15,5
	Si	254	79,9	292	92,4
	No	64	20,1	24	7,6
	Vivienda	Casa/Dpto. propio	243	76,4	262
Casa/Dpto. alquilado		36	11,3	25	7,9
Casa/Dpto. de familiares		36	11,3	27	8,5
Otro		3	0,9	2	0,6
Convive con	Solo/a	120	37,7	95	30,1
	Esposo/a	115	36,2	82	25,9
	Hijos	34	10,7	76	24,1
	Esposo/a e hijos	26	8,2	13	4,1
	Otros familiares	14	4,4	35	11,1
	Amigo/a	2	0,6	5	1,6
	Otros	7	2,2	10	3,2

		Viejos Jóvenes N=318		Viejos Viejos N= 316	
		N	%	N	%
Situación económica actual	Muy por debajo de lo satisfactorio	45	14,2	32	10,1
	Debajo de lo satisfactorio	100	31,4	102	32,3
	Satisfactoria	161	50,6	173	54,7
	Por encima de lo satisfactorio	10	3,1	9	2,8
	Muy por encima de lo satisfactorio	2	0,6	0	0
Actividades Recreativas	Si	290	91,2	266	84,2
	No	28	8,8	50	15,8
Asistencia Psicológica	Si	32	10,1	13	4,1
	No	216	67,9	282	89,2
Consume medicación	Si	182	57,2	246	77,8
	No	65	20,4	49	15,5

Instrumentos

a. *Cuestionario socio-demográfico*. Construido *ad-hoc*, para los fines de la investigación.

b. *Escala Mental Health Continuum - Short Form [MHC-SF]* (Keyes, 2006, adaptación Argentina de Lupano et al., 2017). Cuestionario de auto-reporte que consta de 14 ítems que miden el grado de bienestar emocional (3 ítems), psicológico (6 ítems) y social (5 ítems) en el que se pide al examinado que valore sus sentimientos del mes pasado en una escala de 5 puntos (0= nunca, 1= una vez o dos veces al mes, 2= una vez a la semana, 3= dos o tres veces a la semana, 4= casi todos los días, 5= todos los días). Para la evaluación se deben sumar los ítems correspondientes a cada escala y se calcula una media por cada dimensión. Debe arrojar un valor entre 0 y 5 puntos. No posee ítems inversos. A mayor puntaje, mayor nivel de bienestar en cada una de las dimensiones consideradas. En la adaptación realizada en la población argentina la consistencia interna fue 0,89 para el MHC-SF y se ha confirmado la estructura de tres factores de la escala y buena validez convergente: $\alpha = 0,86$ para el bienestar emocional, $\alpha = 0,86$ para el bienestar psicológico y $\alpha = 0,75$ para el bienestar social.

c. *Escala de tres rutas de acceso al bienestar [ERBIEN]* (Castro Solano, 2011). Es un cuestionario de auto-reporte compuesto por 19 ítems que evalúan las tres rutas de acceso al bienestar propuestas por Seligman (2002). Éstas son: vida placentera, que toma en cuenta las emociones positivas (6 ítems); vida comprometida, que consiste en la realización de actividades empleando las fortalezas personales con el propósito de derivar el flow (ítems 7) y vida con significado, referida al empleo de las fortalezas para el beneficio del entorno social más allá de sí mismo (ítems 6). Se responde en una escala Likert de 5 puntos donde el sujeto debe indicar que tan parecido (5) o que tan diferente (1) es a la descripción de cada enunciado. Para la evaluación, deben sumarse los ítems correspondientes a cada escala y se calcula una media por cada dimensión. Debe arrojar un valor entre 1 y 5 puntos. No posee ítems inversos. A mayor puntaje mayor empleo de una de las 3 rutas de acceso al

bienestar. Los estudios locales han demostrado buenas propiedades psicométricas para la población adulta, la fiabilidad para vida placentera fue de ,81; vida comprometida de ,82 y vida con significado de ,71 (Castro Solano, 2011).

d. *Mini Mental State Examination* [MMSE] (Folstein et al., 1975 adaptación al español por Lobo, Saz y Marcos, 2002), se empleó como medida de control previa para excluir los casos que presentasen algún grado de Deterioro Cognitivo.

Procedimiento

Se relevaron los datos en Centros de Jubilados y de Turismo y se capacitaron estudiantes universitarios avanzados en la Licenciatura de Psicología para participar en la recolección de datos. Una vez que los establecimientos autorizaron las visitas se invitó a participar a los adultos mayores de manera voluntaria, anónima e individual a la selección previa mediante MMSE (Puntaje de inclusión: 27-30). Realizada la selección se entregaron a los adultos mayores la reseña del estudio, la solicitud del consentimiento informado y los instrumentos que brindaban una descripción que contenía y explicaba la consigna. Luego, los instrumentos fueron completados por los participantes de manera individual y autónoma, brindándose la posibilidad de que ante alguna duda podían dirigirse al investigador que se encontraba en una sala aparte. Para cumplir con el anonimato de las respuestas se identificó a cada participante con un número de protocolo y la variable nombre se reemplazó por él. La duración de la administración fue de 45 minutos y para juntar todos los casos se tardó aproximadamente 6 meses. Posteriormente, los datos fueron cargados y procesados mediante el paquete estadístico SPSS 22.

Resultados

En primer lugar se realizó el análisis estadístico descriptivo en los dos grupos de adultos mayores (viejos-jóvenes y viejos-viejos) de las tres dimensiones del bienestar (emocional, social, psicológico), el estado de salud mental (florecente, moderado y languideciente) y las tres rutas de acceso al bienestar (vida placentera, vida comprometida y vida con significado).

Por un lado, los resultados evidenciaron que la mayoría de los Viejos Jóvenes presentaron altos puntajes en bienestar psicológico, seguido de bienestar emocional y bajas puntuaciones en bienestar social. A la vez, la mayor parte de Viejos Jóvenes indicó que la ruta de acceso al bienestar que prefieren es la vida comprometida, seguida por la vida placentera y en último lugar la vida con significado (ver Tabla 2). Finalmente, se evidenció que el 50,3% de los participantes del grupo de Viejos Jóvenes presentó un estado de salud mental según la clasificación de Keyes (2002) floreciente (ver Tabla 3).

Tabla 2. Evaluación MHC y ERBIEN en Viejos Jóvenes

	Mín.	Máx.	Media	DT
Bienestar Emocional	0	5	3,70	1,00
Bienestar Social	0	5	2,37	1,23
Bienestar Psicológico	0	5	3,80	,96
Bienestar Total	0	5	3,29	,91
Vida Placentera	1	5	3,98	,82
Vida Comprometida	1	5	4,10	,73
Vida Significado	1	5	3,71	,89

Tabla 3. Categorías Salud Mental Positiva en Viejos Jóvenes

	N	%
Languideciente	11	3,5
Moderado	121	38,1
Floreciente	160	50,3
Sistema	26	8,2

Por otro lado, la mayor parte de los Viejos Viejos presentó mayor puntaje en bienestar psicológico, seguido de bienestar emocional y menor puntaje en bienestar social. Además, privilegiaron en mayor medida la ruta de acceso al bienestar vida comprometida seguida de vida placentera y en menor medida vida con significado (ver Tabla 4). Con respecto a la evaluación de la salud mental según la clasificación del modelo de Keyes, el 42,1% de los Viejos Viejos presentó un estado Moderado, seguido por un 41,5% Floreciente (ver Tabla 5).

Tabla 4. Evaluación MHC y ERBIEN en Viejos Viejos

	Mín.	Máx.	Media	DT
Bienestar Emocional	0	5	3,44	1,21
Bienestar Social	0	5	1,96	1,17
Bienestar Psicológico	0	5	3,57	1,05
Bienestar Total	0	5	2,99	,97
Vida Placentera	1	5	3,68	,90
Vida Comprometida	1	5	3,79	,91
Vida Significado	1	5	3,41	,91

Tabla 5. Categorías Salud Mental Positiva en Viejos Viejos.

	N	%
Languideciente	26	8,2
Moderado	133	42,1
Floreciente	131	41,5
Sistema	26	8,2

Posteriormente, al llevar a cabo el análisis de diferencias de grupos se evidenció que entre los grupos de Viejos Jóvenes y Viejos Viejos existían diferencias estadísticamente significativas en todas las variables de estudio (Bienestar, Rutas de acceso al bienestar y Estado de salud mental). Los Viejos Jóvenes presentan mayor puntaje de bienestar total junto a sus tres componentes (emocional, social, psicológico) y puntuaron más alto en las tres rutas de acceso al bienestar (vida placentera, vida comprometida y vida con significado) (Ver Tabla 6). Por último, los Viejos Jóvenes presentaron en mayor medida un estado de Salud Mental Floreciente a diferencia de los Viejos Viejos que obtuvieron un porcentaje mayor en el estado Moderado y Languideciente (Ver Tabla 7). Teniendo en cuenta el tamaño de efecto, la magnitud de las diferencias que se presentaron entre ambos grupos ha sido pequeña (Cohen, 1988).

Tabla 6. Diferencia según Clasificación Neugarten en variables de estudio

Variables	Viejos Jóvenes (n= 318)		Viejos Viejos (n= 316)		t*	d	Sig.
	Media	DT	Media	DT			
Bienestar Emocional	3,70	1,00	3,44	1,21	2,93	0.23	,03
Bienestar Social	2,37	1,23	1,96	1,17	4,23	0.33	<,001
Bienestar Psicológico	3,80	0,96	3,57	1,05	2,85	0.22	<,001
Bienestar Total	3,29	0,91	2,99	0,97	3,96	0.31	<,001
Vida Placentera	3,98	0,82	3,68	0,90	4,35	0.34	<,001
Vida Comprometida	4,10	0,73	3,79	0,91	4,69	0.37	<,001
Vida con Significado	3,71	0,89	3,41	0,91	4,10	0.32	<,001

* Se empleó el análisis t de Student.

Tabla 7. Diferencia según Clasificación Neugarten en estado de salud mental

Clasificación Neugarten		Languideciente	Moderado	Floreciente	Total
		Viejos Jóvenes	<i>Frecuencia</i>	11	121
	<i>Porcentaje</i>	3,8%	41,4%	54,8%	100,0%
Viejos Viejos	<i>Frecuencia</i>	26	133	131	290
	<i>Porcentaje</i>	9,0%	45,9%	45,2%	100,0%

	Valor	<i>d</i>	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	9,531a	0,25	,009

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,44.

De acuerdo a estos resultados, la hipótesis en la que se postuló que el grupo de viejos jóvenes presenta mayores niveles en los tres tipos de bienestar y en las tres rutas de acceso a éste en comparación con el grupo de viejos-viejos, queda corroborada, siendo la magnitud de estas diferencias pequeña (Cohen, 1988).

Discusión

El objetivo de este estudio fue comparar los niveles de bienestar junto al estado de salud mental y las rutas de acceso al bienestar entre los viejos-jóvenes y los viejos-viejos, partiendo de la hipótesis de que el grupo de viejos-jóvenes presentaba mayores niveles en los tres tipos de bienestar y en las tres rutas de acceso a éste en comparación con el grupo de viejos-viejos. A partir de los resultados, la hipótesis ha sido corroborada. A la vez, se encontraron diferencias significativas en cuanto al estado de salud mental según grupo de edad; pues en el grupo de viejos-viejos se observó un muy leve descenso hacia el estado moderado de salud mental por sobre el floreciente.

Considerando estos resultados, se observa que la edad produciría una leve disminución en los niveles de bienestar (psicológico, emocional y social) junto al empleo de las rutas de acceso a éste (vida comprometida, placentera y con significado), ya que el grupo de los viejos-viejos mostró una disminución en mencionadas variables al compararlos con los viejos-jóvenes.

De acuerdo con la evidencia existente en materia de bienestar, esto se ha corroborado mediante el empleo de instrumentos de medición clásica y contemporánea en población argentina (Arias y Soliveréz, 2009), española (Meléndez et al., 2011; Navarro, Bueno Martínez y Buz Delgado 2013) y estadounidense (Snowden et al., 2010), en donde se había encontrado que el bienestar general y psicológico disminuía a medida que aumentaba la edad.

En contraposición a lo recién mencionado y centrándose en la evidencia acerca del bienestar subjetivo, Meléndez et al. (2008) encontraron que en los primeros años de la vejez la satisfacción vital disminuía pero a partir de los 85 años aumentaba. Sin embargo, estos resultados no fueron consistentes, debido a que en un estudio posterior la edad no volvió a presentar esta tendencia sobre la satisfacción vital (Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás, 2009).

En consecuencia, teniendo en cuenta la clasificación propuesta por Neugarten (1999), las diferencias halladas en todas las variables de estudio entre los viejos-jóvenes y viejos-viejos podrían entenderse a partir de que los primeros -las personas que tienen entre 65 y 79 años de edad- están en un período de transición, el cual consiste en finalizar e iniciar una nueva etapa del ciclo vital como lo es la vejez, pues para ellos se presenta un nuevo escenario que deben asimilar y comprender y en el que se van generando cambios en la

esfera individual, laboral, económica y social, ya que ingresan en un período desconocido y con plena vitalidad a nivel psíquico y físico, hecho que les brinda la posibilidad de elegir cómo utilizar los recursos que fueron conquistando a lo largo de su adultez. Ello se diferencia de los viejos-viejos -las personas que sobrepasan los 80 años de edad-, que ya se encuentran inmersos y comprenden en qué consiste la vejez conservando, superando y trascendiendo el resultado del aumento de los años.

Entre las limitaciones que presentó este estudio, se considera que los participantes de la muestra no presentaban deterioro cognitivo, se manejaban en su vida diaria de manera independiente y autónoma, en su mayoría, poseían condiciones de vida favorables y tenían apoyo social. Por esta razón, pese a que el número de la muestra fue grande, los hallazgos no pueden generalizarse a toda la población. Se empleó un diseño no experimental, por lo que no pudieron controlarse factores situacionales o ambientales durante la administración de los instrumentos; la frecuencia de tiempo fue transversal, por lo que no se puede afirmar la estabilidad de los niveles de bienestar, el estado de salud mental ni la preferencia del acceso al bienestar a largo plazo. La recolección de datos fue por medio de medidas de auto-informe sin tener en cuenta otras fuentes de información y no se evaluó la presencia de síntomas y signos de alguna enfermedad o trastorno mental mediante alguna medida específica de evaluación psicométrica.

En conclusión, los hallazgos descriptos denotan la relevancia de este estudio, puesto que dejan atrás la concepción de vejez homogeneizada en un simple grupo etario y flexibilizan una nueva forma de repensar esta etapa del ciclo vital, donde existe la heterogeneidad y la oportunidad de seguir expandiendo el crecimiento personal (Camino Sánchez y Bustamante Edquen, 2012; Klein, 2013; 2016; 2018). Aparte, este trabajo constituye el primer estudio científico a nivel mundial que utilizó dos modelos teóricos, es decir, el Modelo de dos continuos de salud (Keyes, 2002) y la Teoría de la auténtica felicidad (Seligman, 2002), los cuales nunca habían sido estudiados en conjunto en ninguna parte del mundo.

Referencias

- Arias, C. J. (2009). ¿Por qué investigar aspectos positivos en la vejez? Contribuciones para un cambio de paradigma. En *I Congreso de la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez "Envejecimiento y Vida cotidiana"*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Arias, C. J. y Iacub, R. (2013). ¿Por qué investigar aspectos positivos en la vejez? Contribuciones para un cambio de paradigma. *Publicatio UEPG: Ciências Humanas, Linguística, Letras e Artes*, 21(2), 271 - 281.
- Arias, C. J. y Soliverez, C. (2009). El bienestar psicológico en la vejez. ¿Existen diferencias por grupo de edad? En *II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Psicología y construcción de conocimiento en la época. La Plata*.
- Arias, C. J. y Soliverez, V. C. (2012). Hallazgos acerca del bienestar psicológico en las personas mayores. Un recorrido por diversos estudios. En *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del*

MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

- Arraga Barrios, M. V. y Sánchez Villarroel, M. (2010). *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44(1), 18-18.
- Blanco Molina, M. y Salazar Villanea, M. (2017). Predictores socio-emocionales y cognitivos: su papel en la comprensión del envejecimiento con éxito en el contexto costarricense. *Universitas Psychologica*, 16(1), 1-16.
- Camino Sánchez, M. N. y Bustamante Edquén, S. B. (2012). Re-aprendiendo el amor a la vida: Estudio fenomenológico en beneficiarios del Centro del Adulto Mayor. *In Crescendo*, 3(1), 87-97.
- Castro Solano, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 43-72.
- Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de psicología positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Castro Solano, A. (2011). Las rutas de acceso al bienestar. Relaciones entre bienestar hedónico y eudaemónico. Un estudio en población argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 31(1), 37-57.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2. Auflage)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim Prieto, C., Choi, D. y Oishi, S. (2010). New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156.
- Echeverría, G., Torres M., Pedrals, N., Padilla, O., Rigotti, A. y Bitran, M. (2017). Validation of a Spanish Version of the Mental Health Continuum Short Form Questionnaire. *Psicothema*, 29(1), 96-102.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P. R. y Fanjiang, G. (1975). Mini-Mental State a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Researches*, 12, 189-198.
- Gallardo Peralta, L. G., Conde Llanes, D. y Córdova Jorquera, I. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos*, 27(3), 104-108.
- Gallardo Peralta, L., Cuadra Peralta, A., Cámara Rojo, X., Gaspar Delpino, B. y Sánchez Lillo, R. (2017). Validación del inventario de envejecimiento exitoso en personas mayores chilenas. *Revista médica de Chile*, 145(2), 172-180.
- Góngora, V. y Castro Solano, A. (2015). La validación de un índice de bienestar para población adolescente y adulta de la ciudad de Buenos Aires. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 329-338.
- Góngora, V. y Castro Solano, A. (2017). Assessment of the Mental Health Continuum in a Sample of Argentinean Adults. *Psychology*, 8, 303-318.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hone, L.C., Jarden, A., Schofield, G.M. y Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 4(1), 62-90.

- Huppert, F. A. y So, T. C. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837-861.
- Inga Aranda, J. y Vara Horna, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Univ. Psychol. Bogotá Colombia*, 5(3), 475-485.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental Health in Adolescence: Is America's Youth Flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395-402.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A. y Van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192.
- Klein, A. (2013). Promesa extinguida o promesa en estado de fluido: Continuidades y discontinuidades de los adultos Mayores hoy. *Psicología & Sociedad*, 25(1), 213-219.
- Klein, A. (2016). De la ancianidad al adulto posmayor. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (50), 156-169.
- Klein, A. (2018). Tercera edad empoderada y cultura urbana expulsiva en Latino América. *Società Mutamento Política*, 9, (17), 271-286.
- Lacey, H., Smith, D. y Ubel, P. (2006). Hope I die before I get old: Mispredicting happiness across the adult lifespan. *Journal of Happiness Studies*, 7(2), 167-182.
- Lobo, A., Saz, P. y Marcos, G. (2002). *MMSE: examen cognoscitivo mini-mental*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lupano Perugini, M. L. y Castro Solano, A. (2010). Psicología positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias psicológicas*, 4(1), 43-56.
- Lupano Perugini, M. L., De la Iglesia, G., Castro Solano, A. y Keyes, C. (2017). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Argentinean Context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance. *Europe's Journal of Psychology*, 13(1), 93-108.
- Meléndez Moral, J. C., Tomás Miguel, J. M. y Navarro Pardo, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(2), 90-5.
- Meléndez, J. C., Navarro, E., Oliver, A. y Tomás, J. M. (2009). La satisfacción vital en los mayores. Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología*, 95(1), 29-42.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de psicología*, 27(1), 164-169.
- Momtaz, Y., Hamid, T., Haron, S. y Bagat, M. (2016). Flourishing in later life. *Archives of gerontology and geriatrics*, 63, 85-91.
- Navarro, A. B., Bueno Martínez, B. y Buz Delgado, J. (2013). Bienestar emocional en la vejez

- avanzada: estudio comparativo por edad y género. *Psychology, Society & Education*, 5(1), 41-57.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Editorial Herder.
 - Ortega, A. Ramírez, E. y Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 23-33.
 - Peláez, E., Monteverde, M. y Acosta, L. (2017). Celebrar el envejecimiento poblacional en argentina. Desafíos para la formulación de políticas. *Saberes*, 9(1), 1-28.
 - Peterson, C., Park, N. y Seligman, M. E. P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6(1), 25-41.
 - Petrillo, G., Capone, V., Caso, D. y Keyes, C. L. M. (2015). The Mental Health Continuum—Short Form (MHC—SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social Indicators Research*, 121(1), 291-312.
 - San Martín, J., Perles, F. y Canto, J. M. (2010). Life satisfaction and perception of happiness among university students *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 617-628.
 - Scheibe, S. y Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *The Journals of Gerontology: Series B*, 65(2), 135-144.
 - Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free Press.
 - Seligman, M. E. P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona, España: Vergara.
 - Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Nueva York: Free Press; US.
 - Seligman, M. E. P. (2014). *Florecer. La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. México: Océano.
 - Snowden, M., Dhingra, S., Keyes, C. y Anderson, L. (2010). Changes in mental well-being in the transition to late life findings from MIDUS I and II. *American journal of public health*, 100(12), 2385-2388.
 - Sosa, F. M., Fernández, O. D. y Zubieta, E. M. (2014). Bienestar social y aculturación psicológica en estudiantes universitarios migrantes. *Liberabit*, 20(1), 151-163.
 - Triadó Tur, M. C.; Villar Posada, F., Solé Resano, C. y Osuna Olivares, M. J. (2003). "Envejecer en entornos rurales". Madrid, IMSERSO, *Estudios I+D+I*, n° 19. [Fecha de publicación: 13/06/2005].
 - Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad*. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias.
 - Westerhof, G. y Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17(2), 110-119.