

**Trabajo Fin de Grado de Psicología.**

**Facultad de Psicología y Logopedia. Universidad de La Laguna.**

**Relación entre los estereotipos edadistas y la percepción del propio envejecimiento en la mediana edad.**

**Autora: E. Ruth Saavedra Cardona**

**Tutorizado por: Miguel Ángel García Bello**

**Curso Académico 2021-22**

## RESUMEN

Las creencias negativas sobre la vejez son relevantes no sólo porque influye en la salud física y mental de los mayores sino también en el trato que reciben como consecuencia de tales estereotipos. Además, la propia percepción de la vejez está cambiando en una sociedad que va camino de ser una población envejecida. La relación entre el nivel de estereotipo y la autopercepción del envejecimiento en la mediana edad (rango de 40 a 60 años) se estudió con una muestra de 111 participantes con una media de edad de 53 años, mediante cuatro cuestionarios: ERA-12 y CENVE para estereotipos sobre la vejez; B-APQ y ATOA para la autopercepción del envejecimiento. Aquellas personas que tuvieron menores niveles de estereotipos negativos hacia la vejez presentaron una visión más positiva del propio envejecimiento, además consideraron a los mayores de 75 años capaces de tomar decisiones sin necesidad de una evaluación previa. Este estudio respalda la idea de que disminuir los estereotipos hacia los mayores podría incidir en la mejor percepción del propio envejecimiento que influye a su vez en una mejor salud física y mental.

**Palabras clave:** vejez, estereotipo, evaluación, autopercepción, edadismo.

## ABSTRACT

Negative beliefs about old age are relevant not only because they influence the physical and mental health of older people but also the treatment they receive as a result of such stereotypes. Moreover, the perception of old age itself is changing in a society that is moving towards an ageing population. The relationship between the level of stereotyping and the self-perception of ageing in middle age (range 40-60 years) was studied with a sample of 111 participants with an average age of 53 years, using four questionnaires: ERA-12 and CENVE for stereotypes about old age; B-APQ and ATOA for self-perception of ageing. Those who had lower levels of negative stereotypes of old age had a more positive view of their own ageing and considered those over 75 to be capable of making decisions without prior assessment. This study supports the idea that decreasing stereotypes towards the elderly could have an impact on a better perception of one's own ageing, which in turn influences better physical and mental health.

**Keywords:** old age, stereotype, evaluation, self-perception, ageism.

## INTRODUCCIÓN

En la Asamblea Mundial de la Salud en 2016, 194 países aceptaron una Estrategia y Plan de Acción Mundial sobre el envejecimiento y la salud (2016 - 2030) con la que se pretende reducir las diferencias que padecen las personas mayores para fomentar vidas más largas y saludables. Según la Organización Mundial de la Salud ahora hay más personas mayores de 60 años o más que niños menores de 5 años, y que en 2050 será aún mayor al número de jóvenes entre de 15 a 24 años. Este envejecimiento de la población se observa en todos los países y sus inicios se han visto en aquellos países cuyos ingresos eran altos (ejemplo de Japón donde hay un 30% de la población mayor de 60 años), más allá de cambios biológicos comunes de un envejecimiento normal como enfermedades, pérdidas de audición o visión y presencia de diversos dolores, el proceso de vejez involucra también, al entorno físico y social que rodea a las personas y que influye en sus oportunidades y hábitos de su propia salud, por eso no hay una persona mayor “típica” (Organización Mundial de la Salud, 2021).

A pesar de la variabilidad en el proceso de vejez, la descripción más típica de la vejez se une a la imagen de un grupo homogéneo de personas mayores dependientes con capacidades disminuidas o deterioradas. Esto da lugar a estereotipos (lo que pensamos sobre ellos) y prejuicios (lo que sentimos hacia ellos) sobre las personas mayores y la vejez. Y el resultado nos lleva a la discriminación por edad, que aunque puede afectar a cualquier grupo (“demasiado jóvenes” o “demasiado mayores” para algo) el término ageism o edadismo acuñado por Butler es un “proceso de estereotipos sistemáticos y discriminación contra las personas porque son viejas, al igual que el racismo y el sexismo logran esto para el color y el género”(Butler, 1975; Officer et al., 2020a). Las consecuencias de sufrir edadismo en cualquier modalidad sea de forma directa o indirecta (por parte de instituciones, por otras personas o de manera autoinfligida) han sido ampliamente estudiadas y se asocian a una menor esperanza de vida, peor salud física y mental, deterioro cognitivo, disminución de la calidad de vida, mayor respuesta cardiovascular al estrés, mayor presencia de marcadores de Alzheimer, peor rendimiento, mayor morbilidad, depresión y además las propias personas mayores terminan actuando acorde con ese estereotipo dando lugar a una profecía autocumplida, actúan como esperan que actúes (Kavirajan et al., 2011; B. R. Levy, 2003; Officer et al., 2020a; Organización Mundial de la Salud, 2021).

Según la OMS el edadismo es “una sigilosa pero devastadora desgracia para la sociedad” que se verificó en el control de la pandemia por COVID-19 de manera mundial estereotipando a las personas mayores, dejándolas más vulnerables ante el aislamiento e incluso poniendo la edad como criterio para acceder a la atención médica disminuyendo la garantía de recibir un trato adecuado para tener una salud digna (Bravo-Segal & Villar, 2020; Organización Mundial de la Salud, 2021). Muchas

investigaciones para investigar sobre dichos estereotipos se han centrado en adultos jóvenes (de 15 a 24 años) en lugar de enfocarse en los adultos mayores o de mediana edad (entre 40 a 60) que son los que sufren el estereotipo. La autopercepción del envejecimiento se da cuando dichos estereotipos de se dirigen hacia uno mismo, una vez que uno se percibe como un “adulto mayor” se interioriza las actitudes en forma de auto estereotipos inconscientes, actuar como se espera de una persona mayor. Se han encontrado relaciones significativas en cuanto a que una mejor percepción del propio envejecimiento contribuye a una mejor salud funcional y al contrario, una peor percepción se asocia a peor rendimiento cognitivo y funcional, depresión, etc. (Ayalon et al., 2019; B. Levy, 2009; B. R. Levy et al., 2002; B. R. Levy, 2003; Officer et al., 2020a).

Además, diversos estudios muestran la tendencia a evaluar la capacidad de la toma de decisiones en los mayores en el ámbito clínico cuando deben ser informados de las consecuencias derivadas de un tratamiento u operación (Biella et al., 2020; Sessums et al., 2011; Soto-Perez-de-Celis et al., 2018) por lo que cabe preguntarse si se debería hacer lo mismo en otros tipo de decisiones relacionadas con su día a día como en los actos de conducir, votar, control de sus finanzas, etc.

Debido a que las personas pueden tener autoprejuicio cabe preguntarse si aquellas personas que tienen una mejor percepción de su proceso de envejecimiento son personas que tienen menor prejuicio negativo frente a la vejez o, al contrario. Basándonos en esto, el objetivo principal del presente estudio es averiguar si la autopercepción del propio envejecimiento en la mediana edad se relaciona con tener estereotipos negativos hacia la vejez. Las diferentes hipótesis que se plantean son:

- Con una autopercepción más positiva del propio envejecimiento menos actitudes negativas hacia los mayores.
- Con una autopercepción positiva del propio envejecimiento y menos actitudes negativas hacia los mayores mejor será la percepción de no evaluar a los mayores para tomar decisiones.

## MÉTODO

### Instrumentos

Los instrumentos usados en esta investigación han sido los siguientes:

#### ***Cuestionarios para la autopercepción del envejecimiento:***

**La Escala de Actitud hacia el propio envejecimiento (ATOA).** Es una subescala de la Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (PGCMS) desarrollado por Lawton en 1972 (Lawton, 1975). Es la subescala más usada en estudios para medir las actitudes hacia el propio envejecimiento (Ayalon et al., 2019; Jung & Siedlecki, 2018; Kavirajan et al., 2011; Kleinspehn-Ammerlahn et al., 2008; Martin et al., 2019) y consta de cinco ítems con opciones de respuesta dicotómica donde si están de acuerdo puntúa como 1 y si están en desacuerdo puntúa como 0 (ver Anexo 1). La puntuación total va de 0 (ATOA más negativo) a 5 (ATOA más positivo), las puntuaciones más altas indican una percepción más positiva del propio envejecimiento. Las frases 1 y 3 se califican de manera inversa (*de acuerdo* = 0 y *en desacuerdo* = 1). Está demostrado que tiene una buena consistencia interna con un Alfa de Cronbach de .81 y estructura de un sólo factor (Burton et al., 2021), además se puede usar para distintos grupos de edad mostrando así validez de constructo (Jung & Siedlecki, 2018) para su versión en inglés. En nuestra versión en español obtuvimos un .63 de alfa de Cronbach.

**El cuestionario de percepciones sobre el envejecimiento (B-APQ).** Versión corta (ver Anexo 2) del APQ creado por Barker en 2007 para evaluar las autopercepciones del envejecimiento basada en la teoría de modelo de autorregulación (Barker et al., 2007). El B-APQ elaborado para reducir la carga del original, se compone de 17 ítems con una escala tipo Likert de grado de 5 puntos que (desde 5 = *totalmente en desacuerdo* a 1= *totalmente de acuerdo*). Se divide en 5 subdimensiones que son: cronología (ítems 1, 2, 3), consecuencias positivas (ítems 4, 5, 6), representaciones emocionales (ítems 7, 16, 17), consecuencias y control negativo (ítems del 11 al 15) y control positivo (ítems 8, 9, 10). La puntuación total va de 0 a 68 donde los ítems de los subdimensiones de consecuencias y control positivo puntúan de manera inversa, siendo una puntuación más alta significado de una percepción más negativa del propio envejecimiento. Tiene una consistencia interna con un Alfa de Cronbach que va de .75 a .84 en su versión en inglés. (Burton et al., 2021; Sexton et al., 2014). Para nuestra versión es español obtuvimos un alfa de Cronbach de .81

**Cuestionarios para evaluar los estereotipos y creencias que se tienen hacia la vejez:**

**Encuesta de Expectativas sobre el envejecimiento (ERA12).** Versión abreviada del ERA-38 (Sarkisian et al., 2001) que mide las expectativas sobre el envejecimiento para uno mismo y para los demás (Ver Anexo 3). Se compone de 12 ítems que representan tres escalas de expectativas sobre la salud física (ítems del 1 al 4), la salud mental (ítems del 5 al 8) y respecto a la función cognición (ítems del 9 al 12). Su puntuación a través de una escala Likert de grado (1= *totalmente cierto* a 4 = *totalmente falso*) se obtiene un rango total de 12 a 48, que hay que convertir en una escala de 0-100 (primero sumar todos los ítems y restarle 12, al resultado multiplicarlo por 25 y dividirlo entre 9) donde la puntuación más alta indica expectativas mejores respecto al envejecimiento con lo que no tendrían estereotipos negativos hacia la vejez. El cuestionario ERA-12 tiene un Alfa de Cronbach superior a .75 para cada escala y un .88 para la escala general, se demostró una buena consistencia interna, confiabilidad y una validez de construcción aceptables (Sarkisian et al., 2005) en su versión en inglés. Para nuestra versión en español se obtuvo en cada subdimensión (salud física, mental y función cognitiva) un alfa de Cronbach de .67, .72 y .83 respectivamente y para la escala general de un .84

**Cuestionario de Evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE).** (Ver Anexo 4) Cuestionario elaborado a partir de Montorio e Izal (1991) y el de Palmore (1988) y que consta de 15 ítems que representan 3 factores identificados como Salud (ítems 1, 4, 7, 10 y 13), Motivacional-social (ítems 2, 5, 8, 11 y 14) y Carácter-Personalidad (ítems 3, 6, 9, 12 y 15). Se miden con una escala tipo Likert de grado (1= *totalmente en desacuerdo* a 4 = *totalmente de acuerdo*), la puntuación por cada factor va de 5 a 20 puntos y la puntuación máxima total es de 60. Una puntuación alta indica un mayor grado de estereotipo referido a la vejez. Se demuestra una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de .67 , .64 y .66 para cada factor respectivamente (Mena & Sánchez, s. f.). En nuestro análisis de fiabilidad obtuvimos un alfa de Cronbach de .88 para la escala general y para cada subdimensión de salud, motivacional-social y carácter-personalidad de .72, .67 y .77

**Cuestionario de evaluación para la toma de decisiones (CETOD).** Cuestionario de elaboración propia ad hoc (ver Anexo 5) donde se pregunta si hay necesidad de evaluar a los mayores de 75 años antes de tomar determinadas decisiones de manera autónoma. Consta de seis ítems con respuesta dicotómica de Sí (= 1) o No (= 0), donde se preguntan sobre las decisiones de votar, conducir, control de finanzas, decisiones médicas, compraventa y cambio de testamento. Además de un ítem (siete) de respuesta numérica que está referido a la edad que consideran que se es mayor, es decir, que entra en la etapa de vejez. En el análisis de fiabilidad de los primeros 6 ítems nos dios un alfa de Cronbach de .79.

**Cuestionario de elaboración propia de información sociodemográfica:** (Anexo 6) donde se recogió los datos sociodemográficos como edad, género y nivel educativo.

## Participantes

Para la investigación se consiguió una muestra total de 111 personas que participaron de manera voluntaria, entre las cuales, dos no dieron el consentimiento para usar los datos para la investigación quedando la muestra compuesta por 109 personas, de los cuales fueron: mujeres 91 (83,5%), hombres 17 (15,6%) y no binario 1 (0,9%). El rango de edad fue de 38 a 72 años ( $M = 53$  y  $DT = 7,8$ ). Además, el nivel de estudios de los participantes fue de 15 personas (13,8%) con estudios básicos (EGB, ESO o estudios básicos no finalizados), 28 (25,7%) con estudios medios (C.F. de Grado Medio y Bachillerato) y 66 (60,6%) personas con estudios superiores (Ciclo de grado Superior, Universitarios o universitarios de postgrado). Además, sólo tres personas no quisieron participar en la investigación, teniendo una alta tasa de participación (97.3%).

## Procedimiento

Para la recogida de datos se mandó un texto de invitación donde se presentaba la investigación y las condiciones necesarias para la participación en la misma, dando la opción de sí o no participar (ver anexo 7) a través de dos cuestionarios creados en Google Forms.

Si no deseaban participar o no podían por no cumplir la edad mínima requerida se le enviaba a otro formulario donde se agradecía su atención y se le pedía simplemente tres datos, la edad, el género y responder a una pregunta la cual era ¿a qué edad consideras que se es mayor, es decir, se empieza la etapa de la vejez? A este formulario respondieron 30 personas de las que sólo tres cumplían el requisito de la investigación.

Si optaban por la participación eran dirigidos al formulario creado con los cuestionarios anteriormente descritos que se dividió en 8 secciones. En el inicio del formulario se presentaba una breve introducción sobre el objetivo de la investigación informando que los resultados serían para fines estadísticos exclusivamente y que no se recogían ningún dato personal, además se proporcionaba un correo electrónico de contacto para cualquier duda, sugerencia o comentario. Seguidamente se le pedía el consentimiento expreso para autorizar el uso de sus respuestas para la investigación si decían que no el cuestionario automáticamente redirigía a ese participante a la última sección en la cual se le

agradece su colaboración, si aceptaban, la siguiente sección recogía datos sociodemográficos como la edad, el género y el nivel de estudios terminado.

Las secciones tres, cuatro y cinco se referían a la percepción de la madurez en los demás (midiendo así los estereotipos negativos de la vejez) estaban compuestas por ERA-12, el CENVE y el cuestionario propio ad hoc denominado CETOD. La sección seis y siete se referían a la autopercepción de la madurez y se componía del B-APQ y del ATOA. La sección ocho se le daba las gracias por su colaboración. Ninguno de los ítems de las diferentes secciones tenía carácter obligatorio excepto el consentimiento y los datos de carácter sociodemográficos (edad, género y nivel de estudios finalizados).

A todos los participantes se les recordó el carácter voluntario de su participación y dichos cuestionarios se distribuyeron a través del servicio de mensajería instantánea “WhatsApp” y “Telegram”, también se divulgó a través de otras redes sociales como Facebook e Instagram durante el periodo comprendido entre el 28 de abril al 05 de mayo de 2022 y a partir de esta fecha se cerró la recogida de cuestionarios.

## **Análisis de datos**

Las variables cualitativas se resumieron como frecuencia (porcentaje). Las variables cuantitativas como media (desviación típica). La asociación de variables cualitativas se resumió mediante tablas de contingencia y se evaluó por medio de contraste chi cuadrado y la relación entre variables cuantitativas mediante la correlación de Pearson. La relación entre variables nominales se cuantificó por medio de correlaciones tetracóricas y la comparación de medias de dos grupos independientes se realizó por medio del contraste de medias independientes aplicando la corrección de Welch cuando no se pudo asumir la homogeneidad de varianzas.

Además, se realizaron transformaciones a los ítems tipo likert de grado de acuerdo en las escalas de ERA-12 y B-APQ. También se tuvo que realizar inversiones en varios ítems de la escala B-APQ concretamente en los ítems 4, 5, 6, 8, 9 y 10. Además se recodificó la escala ATOA con sus ítems 1 y 3 invertidos. El cuestionario ERA-12 se corrigió sumando los ítems, pero no se hizo la transformación de 0 - 100 que usan los autores originales, en caso de que un ítem no fuera respondido se estimó la puntuación de la dimensión empleando el resto de ítem de la dimensión.

Para el análisis de los datos se usó el programa estadístico Jamovi, versión 2.3.9. y para las correlaciones tetracóricas se empleó el módulo de Jamovi seolmatrix (Seol H., 2020).



## RESULTADOS

### Niveles de estereotipos.

Para medir si los participantes tenían estereotipos hacia los mayores usamos los cuestionarios ERA-12 y el CENVE. En la tabla 1 se reflejan las medias y desviaciones típicas para cada subdimensión de cada cuestionario, así como para el total. Se puede observar que para ERA-12 se obtiene una media total de 31.6 ( $DT = 6.5$ ). Así en las subdimensiones se obtienen las siguientes medias: salud física 9.1 ( $DT = 2.3$ ), salud mental 11.9 ( $DT = 2.7$ ) y función cognitiva 10.6 ( $DT = 2.9$ ) indicando todos los resultados una visión positiva de la vejez que se refleja en tener menos estereotipos negativos hacia los mayores, aunque en menor grado en la salud física donde una puntuación intermedia nos muestra que en relación que en la vejez hay una creencia de la disminución en las facultades físicas pero no tanto en las mentales o en las funciones cognitivas.

En las puntuaciones totales del CENVE se obtuvieron una media de 27.3 ( $DT = 7.7$ ). En sus tres subdimensiones se obtuvieron las siguientes medias: salud 9 ( $DT = 2.8$ ), motivacional-social 8.7 ( $DT = 2.7$ ) y carácter-personalidad 9.6 ( $DT = 3.2$ ). Estos resultados parecen indicar que los participantes tenían unos niveles muy bajos de estereotipos negativos hacia la vejez.

No hay relación entre tener más o menos edad con el nivel de estereotipos ya que no se encontró resultados significativos entre la edad de los participantes con ERA-12,  $r(107) = -.17$ ;  $p = .07$  ni con el CENVE,  $r(107) = -.03$ ;  $p = .74$ .

Por lo cual se puede afirmar que las personas de mediana edad que tienen unos bajos niveles de estereotipos negativos hacia la vejez tendrán pocos prejuicios y actitudes edadistas con un  $IC = 95\%$

**Tabla 1.**

*Descriptivos de los Cuestionarios ERA-12 y CENVE.*

| <b>Cuestionario</b>         | <b>N</b>   | <b>Media</b> | <b>Desviación Típica</b> | <b>IC</b>        |
|-----------------------------|------------|--------------|--------------------------|------------------|
| Era Salud Física            | 109        | 9.1          | 2.3                      | 8.7-9.5          |
| Era Salud Mental            | 109        | 11.9         | 2.7                      | 11.4-12.4        |
| Era Función Cognitiva       | 109        | 10.6         | 2.9                      | 10.1-11.2        |
| <b>Era Total</b>            | <b>109</b> | <b>31.6</b>  | <b>6.5</b>               | <b>30.4-32.8</b> |
| Cenve Salud                 | 108        | 9            | 2.8                      | 8.5-9.5          |
| Cenve Motivacional-social   | 109        | 8.7          | 2.7                      | 8.2-9.2          |
| Cenve Carácter-Personalidad | 109        | 9.6          | 3.2                      | 8.9-10.2         |
| <b>Cenve Total</b>          | <b>108</b> | <b>27.3</b>  | <b>7.7</b>               | <b>25.8-28.7</b> |

La columna IC indica el intervalo de confianza para la media al 95% indicando la puntuación inferior-superior.

## **Niveles de autopercepción del envejecimiento.**

Para medir la autopercepción del envejecimiento en los participantes se usó el cuestionario B-APQ y el ATOA. En la tabla 2 se muestra las puntuaciones obtenidas en ambos cuestionarios en el B-APQ se obtiene una media de 36.4 ( $DT = 8.3$ ) de una puntuación entre 17 y 85, con lo cual podemos afirmar que con esa puntuación baja los participantes de mediana edad tienen unos niveles muy positivos de la visión de su envejecimiento. Respecto a la puntuación del ATOA se obtiene una media de 4.1 ( $DT = 1.2$ ) de una puntuación que va del 0 al 5, y que cuánta más puntuación se tiene una visión más positiva del propio envejecimiento.

Se encontró una relación positiva débil entre tener más edad con una visión negativa del propio envejecimiento en el B-APQ  $r(107) = .21$ ;  $p = .02$ , en cambio no se encontró relación significativa entre la edad de los participantes con el ATOA  $r(107) = -.08$ ;  $p = .44$

**Tabla 2.**

*Descriptivos de los Cuestionarios B-APQ y ATOA.*

| <b>Cuestionario</b> | <b>N</b> | <b>Media</b> | <b>Desviación Típica</b> | <b>IC</b> |
|---------------------|----------|--------------|--------------------------|-----------|
| B-APQ               | 109      | 36.4         | 8.3                      | 35-38     |
| ATOA                | 109      | 4.1          | 1.2                      | 3.9-4.3   |

La columna IC indica el intervalo de confianza para la media al 95% indicando la puntuación inferior-superior.

## **Relación entre niveles de estereotipos y autopercepción del envejecimiento.**

Para confirmar si hay relación entre los estereotipos negativos hacia la vejez y la autopercepción del envejecimiento se usó una matriz de correlaciones de Pearson y en la tabla 3 se muestran los resultados. Entre la relación del ERA-12 y el CENVE (niveles de estereotipos) se obtiene una correlación negativa,  $r(107) = -.52$ ;  $p < .001$  que indica que entre mayor puntuación en ERA-12 menor puntuación se obtiene en el CENVE lo cual significa que se tiene menos estereotipos negativos hacia la vejez. En la relación entre el B-APQ y el ATOA (niveles de autopercepción del envejecimiento) se obtiene una correlación,  $r(107) = -.52$ ;  $p < .001$  lo cual indica que a mayor puntuación en el ATOA menor puntuación en el B-APQ que nos indica una visión positiva del propio envejecimiento.

Además, las personas que puntuaron bajo en CENVE que implica tener menos estereotipos negativos hacia la vejez obtuvieron puntuaciones bajas en B-APQ,  $r(107) = .59$ ;  $p < .001$  y también puntuaron alto en ATOA,  $r(107) = -.64$ ;  $p < .001$ , reflejando estas puntuaciones una percepción positiva del propio envejecimiento. También es confirmado porque tener puntuaciones altas en ERA-12 indicando tener un menor estereotipo negativo hacia la vejez se relaciona con puntuaciones bajas en el B-APQ,  $r(107) = -.41$ ;  $p < .001$  y puntuaciones altas en el ATOA,  $r(107) = .39$ ;  $p < .001$ , ambas indicando tener una visión positiva del propio envejecimiento.

Esta matriz de correlaciones nos confirma la hipótesis principal de la investigación que al tener una autopercepción positiva del propio envejecimiento se asocia a tener menos estereotipos hacia la vejez y consecuentemente menos actitudes edadista.

**Tabla 3.**

*Matriz de Correlaciones entre Niveles de Estereotipos/ Niveles de Autopercepción del Envejecimiento.*

| Total        | Era-12  | Cenve   | B-Apq   |
|--------------|---------|---------|---------|
| <b>Cenve</b> | -.52*** | -----   |         |
| <b>B-Apq</b> | -.41*** | .59***  | -----   |
| <b>Atoa</b>  | .39***  | -.64*** | -.52*** |

\*\*\* p < .001

### **Percepción de necesidad de autorización para tomar decisiones en determinados ámbitos (CETOD).**

Del cuestionario de elaboración propia en la tabla 4 tenemos los resultados respecto a los primeros seis ítems que preguntaban sobre si era necesario evaluar a las personas mayores de 75 años antes de ejercer determinadas acciones y se obtuvo que un alto porcentaje de los encuestados estaban en contra de que fueran evaluados excepto para la conducción donde el resultado fue claramente favorecedor a que fueran evaluados. Esto nos indica que sólo en las acciones que implique la salud física (que se sabe que va disminuyendo con los años) es donde consideran necesario una evaluación previa.

**Tabla 4.**

*Necesidad de Evaluar el Estado de los Mayores antes de Tomar Decisiones.*

| Tipo de decisión   | N   | Frecuencia y % a FAVOR de la evaluación |
|--------------------|-----|---|
| Conducir           | 108 | 82 (75.9%)                              |
| Decisiones médicas | 108 | 20 (18.5%)                              |
| Control finanzas   | 109 | 17 (15,6%)                              |
| Vender/Comprar     | 108 | 16 (14.8%)                              |
| Cambiar testamento | 109 | 12 (11%)                                |
| Votar              | 109 | 6 (5.5%)                                |

Además, con el análisis de correlación tetracóricas de los tipos de decisión se obtuvieron correlaciones altas y positivas en todos excepto entre la decisión de conducir y la de votar donde se dio el valor mínimo de  $r_t = .34$ . En términos generales quiere decir que quien dice no estar de acuerdo con evaluar a los mayores de 75 años antes de tomar algún tipo de decisiones expuesta suele responder que no también al resto de decisiones. La relación más fuerte se da entre la decisión de Decisiones Médicas con: Control de Finanzas ( $r_t = .88$ ), Comprar-Vender ( $r_t = .85$ ) y Cambiar el Testamento ( $r_t = .84$ ) (ver en tabla 5 y figura 1 en anexo 8).

Ante la última pregunta de este cuestionario propio sobre cuándo empezaba la etapa de vejez nos dio una media de 79 años ( $DT = 11$ ), lo cual nos sugiere un cambio en la idea de que la vejez empieza con la jubilación, actualmente impuesta a los 65 años.

### Relación entre nivel de estereotipos y necesidad de evaluación.

En la tabla 6 se encontró de manera general que aquellos que consideraban la necesidad de evaluar a las personas mayores antes de tomar determinadas decisiones tenían un nivel más alto de prejuicio hacia ellos, evaluado tanto con ERA-12 (menores puntuaciones indican mayor nivel de prejuicio hacia los mayores) como con el CENVE (mayores puntuaciones indican mayor nivel de prejuicio hacia los mayores).

**Tabla 6.**

*Prueba T entre Nivel de Estereotipos y Necesidad de Evaluación.*

| Cuestionario          | ERA-12  |         |                           | CENVE   |          |                           |
|-----------------------|---------|---------|---------------------------|---------|----------|---------------------------|
|                       | No      | Sí      | t; p                      | No      | Sí       | t; p                      |
| <b>Conducir</b>       | 34(6.6) | 31(6.3) | -2.31; .029               | 22(5.1) | 29(7.8)  | 4.65 <sup>a</sup> ; <.001 |
| <b>Médicas</b>        | 32(6.2) | 28(6.8) | -2.77; .007               | 26(6.7) | 34(8.8)  | 4.47; < .001              |
| <b>Finanzas</b>       | 32(6.3) | 29(6.7) | -2.04; .043               | 26(6.5) | 35(9.1)  | 5.09; < .001              |
| <b>Vender/Comprar</b> | 32(6.1) | 27(6.8) | -3.22; .002               | 26(6.8) | 34(9)    | 4.43; < .001              |
| <b>Testamento</b>     | 32(5.9) | 27(8.7) | -1.82 <sup>b</sup> ; .094 | 26(7.1) | 34(9.9)  | 3.14; .002                |
| <b>Votar</b>          | 32(6.2) | 25(7.9) | -2.44; .016               | 27(7.3) | 35(10.8) | 2.78; .006                |

La columna NO implica que no requiere evaluación. En las columnas NO/SÍ se muestra la media y desviación típica de los sujetos en las variables. Todos los contrastes mostrados en esta tabla se realizaron con 107 grados de libertad.

<sup>a</sup> Se realizó corrección de Welch con 65.4 grados de libertad

<sup>b</sup> Se realizó corrección de Welch con 12.3 grados de libertad

## Relación entre nivel de autopercepción del envejecimiento y necesidad de evaluación.

En la tabla 7 se muestran los resultados que de manera general nos dice que aquellos participantes que consideraban la necesidad de evaluar a las personas mayores antes de tomar determinadas decisiones tienen una visión más negativa de su propio envejecimiento, evaluado tanto con B-APQ (menores puntuaciones indican una visión positiva) como con el ATOA (mayores puntuaciones indican una visión positiva).

Estas dos últimas relaciones nos confirman la segunda hipótesis de nuestra investigación: con una autopercepción positiva del envejecimiento y teniendo menos actitudes negativas hacia los mayores mejor será la percepción de no evaluar a los mayores para tomar decisiones y así considerarlos independientes y capaces en sus decisiones.

**Tabla 7.**

*Prueba T entre Autopercepción del Envejecimiento y Necesidad de Evaluación.*

| Cuestionario          | B-APQ        |         |         | ATOA       |          |          |                           |
|-----------------------|--------------|---------|---------|------------|----------|----------|---------------------------|
|                       | Autorización | No      | Sí      | t; p       | No       | Sí       | t; p                      |
| <b>Conducir</b>       |              | 33(8.6) | 37(7.9) | 2.19; .031 | 4.5(0.9) | 3.9(1.2) | -2.02; .046               |
| <b>Médicas</b>        |              | 36(8.4) | 40(6.9) | 2.10; .038 | 4.3(1)   | 3.5(1.6) | -2.22 <sup>a</sup> ; .037 |
| <b>Finanzas</b>       |              | 35(8.4) | 41(6)   | 2.70; .008 | 4.3(1)   | 3.2(1.6) | -2.62 <sup>b</sup> ; .017 |
| <b>Vender/Comprar</b> |              | 35(8.3) | 41(6.3) | 2.73; .007 | 4.3(0.9) | 2.9(1.5) | -4.66;< .001              |
| <b>Testamento</b>     |              | 36(8.2) | 42(6.8) | 2.68; .008 | 4.2(1)   | 2.9(1.8) | -2.55 <sup>c</sup> ; .026 |
| <b>Votar</b>          |              | 36(8.1) | 44(7.4) | 2.51; .014 | 4.2(1.1) | 3.2(2.5) | -0.97 <sup>d</sup> ; 0.37 |

La columna NO implica que no requiere evaluación. En las columnas NO/SÍ se muestra la media y desviación típica de sujetos en las variables. Todos los contrastes mostrados en esta tabla se realizaron con 107 grados de libertad.

<sup>a</sup> Se realizó corrección de Welch con 22.8 grados de libertad

<sup>b</sup> Se realizó corrección de Welch con 18.7 grados de libertad

<sup>c</sup> Se realizó corrección de Welch con 11.9 grados de libertad

<sup>d</sup> Se realizó corrección de Welch con 5.1 grados de libertad

## DISCUSIÓN

La investigación más citada que relaciona los estereotipos negativos hacia la vejez con resultados de salud son los estudios de Levy et al, que indican peores estados de salud cardiovascular con mayor nivel de estereotipo. Además, otras investigaciones inciden en que una peor autopercepción del envejecimiento se asocia con malos resultados en la salud física, mayor riesgo de obesidad, peores resultados entre individuos con cáncer, etc. (Kavirajan et al., 2011; B. Levy, 2009; B. R. Levy, 2003; B. R. Levy et al., 2002; Martin et al., 2019)

Los estudios que parten de la relación entre ambas, han demostrado que el nivel de estereotipo sobre la vejez predijo las opiniones sobre el envejecimiento personal (autopercepción del envejecimiento), lo cual media en el efecto de la salud física como en la salud mental, aunque siempre cuentan con la limitación de falta de estudios para corroborarlo (Brothers et al., 2021; Officer et al., 2020b). Esto nos valida la forma en que presentamos los cuestionarios, primero pasamos el cuestionario que medía los estereotipos y luego pasamos el de autopercepción de la vejez.

Todo esto nos confirma la hipótesis planteada ya que los resultados obtenidos en nuestra investigación los participantes con unos niveles menores de estereotipo hacia la vejez han mostrado tener una visión más positiva del envejecimiento. Además, también se confirma la segunda hipótesis de que tener estos niveles hacen que no crean necesario una evaluación a los mayores de 75 años para tomar determinadas decisiones.

Sobre la necesidad de evaluar a los mayores antes de tomar determinadas decisiones destaca el hecho de que sí consideran esa evaluación en el acto de conducir quizás sea porque actualmente sí está regulado por ley y además se está procediendo a la disminución del periodo para volver a pasar el reconocimiento médico para renovar el carné de conducir y pidiendo que ese reconocimiento sea más riguroso (Hwang & Choi, 2021; Karthaus & Falkenstein, 2016). Sobre el resto de decisiones de nuestro estudio sólo se ha encontrado diversos estudios centrados en decisiones médicas cuando hay algún tipo de deterioro en la salud física o mental donde se recomienda un examen más riguroso según el tipo de deterioro o enfermedad para asegurar que la persona mayor entienda los riesgos y complicaciones (Biella et al., 2020; Sessums et al., 2011; Soto-Perez-de-Celis et al., 2018).

### ***Limitaciones en la investigación.***

Diversos estudios indican que tener un mayor nivel de estudios influye en tener una mejor autopercepción del envejecimiento (Levin & Levin, 1980; Palmore, 2003; Schieman & Campbell, 2001) y en nuestra muestra aunque hay sobrerrepresentación de dicho nivel educativo (60.6%) ya que en la población de Canarias para el mismo tramo de edad está descrito que un 36% tienen ese nivel

educativo. Es posible que se hubiesen encontrado mayores niveles de prejuicio en relación a la edad si nuestra muestra hubiera sido representativa de las Islas Canarias en cuanto a nivel educativo («Database - Eurostat», s. f.)

Que el cuestionario propio (CETOD) nos indica que para decisiones que impliquen el deterioro físico propio del envejecimiento hay una tendencia a responder que deberían ser evaluados. El resto de las decisiones sólo implicaban funciones cognitivas y hay una tendencia a responder que no deberían ser evaluados. Se debería ampliar dicho cuestionario incluyendo más actos que impliquen la salud física para analizar si existe esa tendencia.

No se contrabalanceó el orden de presentación de los cuestionarios, ya que primero se pasaron los de estereotipos hacia la vejez y luego los de autopercepción del envejecimiento. Es posible que variar ese orden de presentación modificase los resultados encontrados. No sabemos si los niveles de autopercepción de la vejez están influidos por la presentación previa de los cuestionarios de estereotipos hacia la vejez.

#### ***Para futuras líneas de investigación.***

Realizar este mismo trabajo preguntando si tienen contacto con personas mayores, si estas son dependientes o si padecen de algún tipo de enfermedad para poder analizar si, según el tipo de contacto que se tenga con los mayores hace que los niveles de estereotipos y la autopercepción pueden variar.

Comparar estos resultados con una muestra que trabaje con las personas mayores para analizar si un mayor contacto profesional aumenta o disminuye el nivel de estereotipo.

Acotar el rango de edad de los participantes para la mediana edad que es entre 40 y 60 años para no tener participantes que entren en el rango de persona mayor indicado como mayores de 60 años.

Como conclusión debería reevaluarse los cuestionarios actuales ya que están basados en una edad de vejez quizás sea inferior a la que actualmente es (en el CENVE se habla de 65 años que estaba ligada a la edad de jubilación). También incluir otros aspectos en los cuestionarios abarcando preguntas sobre las nuevas tecnologías, el uso de éstas o la capacidad de los mayores para tomar decisiones de manera autónoma, acercándonos más a la sociedad actual.

Además, sería conveniente una reorganización de términos para referirnos al rango de edad en la vida adulta y definir más concretamente la edad de vejez o tercera edad que ahora es referida como senectud y lo dividen en tres etapas: de 60 a 70 años (senectud), de 72 a 90 (vejez) y más de 90



(ancianos). Quizás sería más adecuado hablar de cambios a nivel físico y cognitivo que puedan indicar que estás en otra etapa de la adultez y no tanto limitarlo a un número, ya que debido a la heterogeneidad en la forma de envejecimiento hay personas de 70 años con mejores aptitudes físicas y mentales que alguien de 50 por algún tipo de deterioro cognitivo, enfermedad, accidente o incluso estilo de vida. Igual que actualmente se está aplicando la diversidad en muchos ámbitos para la prevención y formación (educación, diagnósticos, sexualidad, etc) debería incluir esto en las futuras investigaciones sobre el envejecimiento y no quedarse con términos, y cuestionarios que, aunque ampliamente reconocidos y validados no están actualizados a lo que nuestra sociedad ha evolucionado y a lo que nos veremos en un futuro con una población envejecida.

## REFERENCIAS

- Amezcuca, T., y García Domingo, M. (2022). «¿Mayor, yo? ¿Dónde lo pone?» Concepción y atribuciones sociales a la vejez según la autopercepción de las personas mayores del siglo XXI: de la seneficiencia al elder pride. *RECERCA. Revista de Pensament i Anàlisi*.  
<https://doi.org/10.6035/recerca.5778>
- Ayalon, L., Dolberg, P., Mikulionienė, S., Perek-Białas, J., Rapolienė, G., Stypinska, J., Willińska, M., y de la Fuente-Núñez, V. (2019). A systematic review of existing ageism scales. *Ageing Research Reviews*, 54, 100919. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100919>
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., y Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-9>
- Biella, M. M., de Siqueira, A. S. S., Borges, M. K., Ribeiro, E. S., Magaldi, R. M., Busse, A. L., Apolinario, D., y Aprahamian, I. (2020). Decision-making profile in older adults: The influence of cognitive impairment, premorbid intelligence and depressive symptoms. *International Psychogeriatrics*, 32(6), 697-703.
- Bravo-Segal, S., y Villar, F. (2020). La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo? *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 266-271. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.002>
- Brothers, A., Kornadt, A. E., Nehrkorn-Bailey, A., Wahl, H.-W., y Diehl, M. (2021). The effects of age stereotypes on physical and mental health are mediated by self-perceptions of aging. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(5), 845-857.
- Burton, A. E., Dean, S. E., Demeyin, W., y Reeves, J. (2021). Questionnaire measures of self-directed ageing stereotype in older adults: A systematic review of measurement properties. *European Journal of Ageing*, 18(1), 117-144. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00574-7>
- Butler, R. N. (1975). *Why survive? Being old in America*.
- Database—Eurostat. (s. f.). En *Europa.eu*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

- Fuentes, C. L. C., y de Miguel Negredo, A. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: Actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 259-278.
- Gutierrez Moret, M., y Mayordomo Rodríguez, T. (2019). Edadismo en la escuela. ¿Tienen estereotipos sobre la vejez los futuros docentes? *Revista Educación*, 43(2), 19. <https://doi.org/10.15517/revedu.v43i2.32951>
- Hwang, H. S., y Choi, S.-Y. (2021). Development of an Android-Based Self-Report Assessment for Elderly Driving Risk (SAFE-DR) App: Mixed Methods Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(6), e25310.
- Jung, S., y Siedlecki, K. L. (2018). Attitude Toward Own Aging: Age Invariance and Construct Validity Across Middle-Aged, Young-Old, and Old-Old Adults. *Journal of Adult Development*, 25(2), 141-149. <https://doi.org/10.1007/s10804-018-9283-3>
- Karthus, M., y Falkenstein, M. (2016). Functional changes and driving performance in older drivers: Assessment and interventions. *Geriatrics*, 1(2), 12.
- Kavirajan, H., Vahia, I. V., Thompson, W. K., Depp, C., Allison, M., y Jeste, D. V. (2011). Attitude toward own aging and mental health in post-menopausal women. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(1), 26-30. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2011.01.006>
- Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., y Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), P377-P385.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia geriatric center morale scale: A revision. *Journal of gerontology*, 30(1), 85-89.
- Levin, J., y Levin, W. C. (1980). *Ageism, prejudice and discrimination against the elderly*. Belmont, Calif.: Wadsworth Publishing Company.
- Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332-336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>

- Levy, B. R. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Self-Stereotypes. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(4), P203-P211.  
<https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.P203>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., y Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of personality and social psychology*, 83(2), 261.
- Martin, A., Eglit, G. M. L., Maldonado, Y., Daly, R., Liu, J., Tu, X., y Jeste, D. V. (2019). Attitude Toward Own Aging Among Older Adults: Implications for Cancer Prevention. *The Gerontologist*, 59(Supplement\_1), S38-S49. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz039>
- Mena, M. J. B., y Sánchez, C. (s. f.). *Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez*. 10.
- Montorio, I., e Izal, M. (1991). Cuestionario sobre estereotipos hacia la vejez. Edición experimental. *Trabajo no publicado. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid (in Spanish)*.
- Negredo, A. de M., y Fuentes, C. L. C. (2012). Evaluación del componente afectivo de las actitudes viejistas en ancianos: Escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV). *International Journal of Psychology*, 15.
- Officer, A., Thiyagarajan, J. A., Schneiders, M. L., Nash, P., y de la Fuente-Núñez, V. (2020a). Ageism, Healthy Life Expectancy and Population Ageing: How Are They Related? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17093159>
- Officer, A., Thiyagarajan, J. A., Schneiders, M. L., Nash, P., y de la Fuente-Núñez, V. (2020b). Ageism, Healthy Life Expectancy and Population Ageing: How Are They Related? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17093159>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Palmore, E. B. (2003). *Ageism comes of age*. Oxford University Press.
- Sarkisian, C. A., Hays, R. D., Berry, S. H., y Mangione, C. M. (2001). Expectations regarding aging among older adults and physicians who care for older adults. *Medical care*, 1025-1036.

- Sarkisian, C. A., Steers, W. N., Hays, R. D., y Mangione, C. M. (2005). Development of the 12-Item Expectations Regarding Aging Survey. *The Gerontologist*, 45(2), 240-248.  
<https://doi.org/10.1093/geront/45.2.240>
- Schieman, S., y Campbell, J. E. (2001). Age variations in personal agency and self-esteem: The context of physical disability. *Journal of Aging and Health*, 13(2), 155-185.
- Seol, H. (2020). *Seolmatrix: Correlations suite for jamovi. [Jamovi module]*. Retrieved from <https://github.com/hyunsooseol/seolmatrix>. (s. f.).
- Sessums, L. L., Zembrzuska, H., y Jackson, J. L. (2011). Does this patient have medical decision-making capacity? *Jama*, 306(4), 420-427.
- Sexton, E., McGee, H., King-Kallimanis, B. L., y Morgan, K. (2014). Development of the Brief Ageing Perceptions Questionnaire (B-APQ): A confirmatory factor analysis approach to item reduction. *BMC Geriatrics*, 14(1), 44-44.
- Soto-Perez-de-Celis, E., Li, D., Yuan, Y., Lau, Y. M., y Hurria, A. (2018). Functional versus chronological age: Geriatric assessments to guide decision making in older patients with cancer. *The Lancet Oncology*, 19(6), e305-e316.

## ANEXOS

### ANEXO 1: ATOA

1. Las cosas siguen empeorando a medida que me hago mayor.
2. Tengo tanta vitalidad como el año pasado.
3. A medida que te haces mayor eres menos útil.
4. A medida que me hago mayor, las cosas son mejores de lo que pensé que serían
5. Soy tan feliz ahora como cuando era más joven.

### ANEXO 2: B-APQ

1. Siempre me etiqueto como una persona mayor.
2. Siempre soy consciente del hecho de que me estoy haciendo mayor.
3. Siento el paso de los años en todo lo que hago.
4. A medida que me voy haciendo mayor me hago más sabio.
5. A medida que me voy haciendo mayor sigo creciendo como persona
6. A medida que me voy haciendo mayor más aprecio las cosas
7. Me deprimó cuando pienso en cómo el paso de los años podría afectar las cosas que puedo hacer.
8. La calidad de mi vida social en los próximos años depende de mí.
9. La calidad de mis relaciones con los demás en los próximos años depende de mí.
10. Que siga viviendo la vida al máximo depende de mí.
11. Hacerme mayor me hace menos independiente.
12. A medida que me voy haciendo mayor puedo participar en menos actividades.
13. A medida me voy haciendo mayor no afronto tan bien los problemas que surgen.
14. Disminuir el ritmo a medida que me hago mayor es algo que no pueda controlar.
15. No puedo controlar cómo afecta a mi vida social el hacerme mayor.
16. Me preocupan los efectos que puede tener en mis relaciones con los demás el hacerme mayor.
17. Me siento enfadado cuando pienso en hacerme mayor.

**ANEXO 3: ERA 12**

1. Cuando las personas se van haciendo mayor, necesitan rebajar sus expectativas sobre lo saludables que pueden estar.
2. El cuerpo humano es como un coche: cuando pasa el tiempo, se desgasta.
3. Se sabe que cuando cumples años tienes más dolores y molestias.
4. El nivel de energía de las personas va disminuyendo a medida que cumplen años.
5. Creo que las personas mayores pasaran menos tiempo con amigos y familiares.
6. Cuando las personas se hacen mayores es normal que se queden solas.
7. A medida que las personas se hacen mayores se preocupan más.
8. Es normal estar deprimido cuando se es mayor.
9. Cuento con que a medida que se hacen mayores serán más olvidadizos.
10. Se sabe que tener dificultad para recordar nombres es parte de hacerse mayor.
11. El olvido es algo natural en el proceso de hacerse mayor.
12. Es imposible evitar que el pensamiento se ralentice con la edad.

**ANEXO 4: CENVE**

1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria
2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo
3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son “cascarrabias”
4. La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales
5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes
6. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles
7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud
8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas

9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás
11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad
13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez
14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven
15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años “chochean”.

#### **ANEXO 5: CETOD AD HOC**

1. Las personas que mayores de 75 años deberían ser evaluadas previamente para:
  - votar de manera autónoma.
  - seguir conduciendo sin supervisión.
  - tener el control de sus finanzas sin un cotitular.
  - tomar decisiones medicas importantes sobre sí mismos o sobre su cónyuge
  - vender o comprar bienes inmuebles.
  - cambiar o hacer un nuevo su testamento sin supervisión.
2. ¿A qué edad consideras que se es mayor, es decir que empieza la etapa de vejez?

#### **ANEXO 6: Cuestionario sociodemográfico**

Edad:

Género:

- Mujer
- Hombre
- No-binario
- Prefiero no decirlo

Nivel de estudios:



- Estudios básicos no finalizados
- Estudios básicos finalizados (graduado escolar)
- Bachillerato (BUP-COU)
- Formación Profesional
- Ciclo Formativo de Grado Medio
- Ciclo Formativo de Grado Superior
- Estudios universitarios
- Estudios universitarios de posgrado (Máster Universitario, Doctorado)

#### **ANEXO 7: Texto de participación.**

Hola, soy Ruth Saavedra estudiante de 4º de Psicología de la ULL y estoy investigando sobre cómo nos sentimos cuando vamos cumpliendo años, sería de gran ayuda tanto la difusión como tu participación. El único requisito es tener 38 o más, es totalmente anónimo y se tarda 12 minutos. Agradeciendo de antemano tu colaboración.

- Sí deseo participar pincha en este enlace: <https://forms.gle/daX5c1E8TykzdRJf8>
- NO puedo/no deseo participar pincha en el siguiente enlace: <https://forms.gle/dDex9Fdtz12pfhyp8>

#### **ANEXO 8: Correlación tetracórica Necesidad de Evaluación VS Toma de decisiones**

**Tabla 5.**

*Matriz de Correlación Tetracórica de Necesidad de Evaluación ante Toma de Decisiones*

|                       | <b>Votar</b> | <b>Conducir</b> | <b>Finanzas</b> | <b>Médicas</b> | <b>Vender/Comprar</b> |
|-----------------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| <b>Conducir</b>       | .34          | --              |                 |                |                       |
| <b>Finanzas</b>       | .66          | .59             | --              |                |                       |
| <b>Médicas</b>        | .62          | .64             | .88             | --             |                       |
| <b>Vender/Comprar</b> | .51          | .58             | .85             | .85            | --                    |
| <b>Testamento</b>     | .78          | .49             | .81             | .84            | .83                   |

**Figura 1.**

*Partial Plot Correlación Tetracórica.*

