

## Objetivos vitales en jóvenes y en adultos mayores sanos y con enfermedades crónicas

Feliciano Villar<sup>1</sup>

Universidad de Barcelona, Barcelona (España)

María del Carmen Zea<sup>2</sup>

Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia)

Recibido: 27/03/2014

Aceptado: 28/11/2014

### Resumen

**Objetivo.** Este estudio pretende explorar los objetivos vitales en diferentes momentos de la vida y determinar la influencia de la edad y el estado de salud en ellos. **Método.** En un estudio transversal se compararon tres muestras de voluntarios: una de jóvenes (78 participantes), una de mayores activos (67 participantes) y una de mayores con enfermedades crónicas (65 personas). Los objetivos vitales se obtuvieron mediante una pregunta abierta, cuyas respuestas fueron sometidas a un análisis de contenido. **Resultados.** Los objetivos vitales fueron similares para mayores sanos y con enfermedades crónicas, con un predominio de objetivos centrados en la salud y una orientación hacia el mantenimiento. En cambio, en los jóvenes la mayoría de objetivos tuvo que ver con el desarrollo y la obtención de nuevas ganancias. Entre los mayores, ni la edad, ni el estado de salud predijeron de manera significativa la probabilidad de mencionar objetivos centrados en la salud. **Conclusión.** Los resultados sugieren que las expectativas de edad tienen una influencia mayor que las circunstancias de salud concretas en la determinación de los objetivos vitales.

**Palabras clave.** Objetivos vitales, salud, envejecimiento, normas de edad, tareas evolutivas.

## Life Goals in Young People and Healthy and Chronically Ill Older People

### Abstract

**Objective.** This study is aimed at exploring life goals in different life stages and determining the influence of age and health status on these goals. **Method.** Using a cross sectional study, vital goals were explored in three different samples of volunteers: young adults (78 participants), healthy older people (67 participants) and a chronically-ill older people (65 participants). Vital goals were obtained by means of open-ended questions, whose responses were content-analyzed. **Results.** Results showed that goals were similar in healthy and chronically-ill older people, most of whom were focused on health, and oriented to maintenance. In

<sup>1</sup> Doctor en Psicología. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Passeig de la Vall d'Hebron 171, Barcelona 08035, España. Correo de correspondencia: fvillar@ub.edu

<sup>2</sup> Doctora en Psicología

contrast, among young adults, most objectives were related to development and attaining new gains. Among older people, neither age nor health status significantly predicted the probability of mentioning health-related goals. **Conclusion.** Results suggest that age expectations have a greater influence than health circumstances on determining life goals.

**Keywords.** Life goals, health, aging, age norms, developmental tasks.

## Objetivos vitais em jovens e idosos saudáveis e com doenças crônicas

### Resumo

**Escopo.** Este estudo pretende explorar os objetivos vitais em diferentes momentos da vida e determinar a influência da idade e o estado de saúde neles. **Metodologia.** Num estudo transversal foram comparadas três amostras de voluntários: uma de jovens (78 participantes), uma de idosos ativos (67 participantes) e uma de idosos com doenças crônicas (65 pessoas). Os objetivos vitais foram obtidos através de uma pergunta aberta, cujas respostas foram submetidas a uma análise de conteúdo. **Resultados.** Os objetivos vitais foram similares para idosos saudáveis e com doenças crônicas, com um predomínio de objetivos centrados na saúde e uma orientação para a manutenção. Em vez de isso, nos jovens, a maioria dos objetivos teve que ver com o desenvolvimento e a obtenção de novos ganhos. Entre os idosos, nem a idade, nem o estado de saúde previram de maneira significativa a possibilidade de mencionar objetivos centrados na saúde. **Conclusão.** Os resultados sugerem que as expectativas de idade têm uma influência maior que as circunstâncias de saúde concretas na determinação dos objetivos vitais.

**Palavras chave.** Objetivos vitais, saúde, envelhecimento, normas de idade, tarefas evolutivas.

### Introducción

La capacidad para establecer objetivos y poner en marcha acciones destinadas a alcanzarlos es fundamental para entender el desarrollo psicológico a lo largo de la vida. Estos objetivos vitales direccionan el comportamiento y guían los esfuerzos de los seres humanos, a la vez que funcionan como un patrón de comparación e interpretación de lo que les pasa, así como de las consecuencias de sus acciones. A su vez, ayudan a las personas a valorar como un éxito sus acciones cuando se acercan a ellos o como un fracaso cuando se alejan. Asimismo, dotan a la actividad cotidiana de significado personal y coherencia, pues las personas se identifican con los objetivos que persiguen (Freund y Reidiger, 2006).

Los objetivos vitales no permanecen estables a lo largo de la vida, sino que se reajustan a medida que las circunstancias vitales cambian. En parte,

este reajuste de objetivos refleja las transiciones de las personas en cada momento de la vida. En relación con estas transformaciones, la sociedad provee una secuencia de normas de edad que se pueden entender como concepciones compartidas sobre los cambios normativos que implica el ciclo vital, lo que permite predecir a qué desafíos se enfrentan las personas, qué nivel de desarrollo se debería haber alcanzado y qué aspiraciones se deberían tener en cada momento de la vida.

Diversos estudios han mostrado cómo los objetivos vitales de las personas siguen esos calendarios evolutivos (Hutterman, Hannecke, Orth, Reitz y Specht, 2014; Settersen, 2003). Por ejemplo, en la juventud, el contenido de las metas se relaciona especialmente con la adquisición de nuevos roles en los ámbitos familiar (tener pareja, independizarse de los padres) y profesional (tener un trabajo, promocionarse en el campo laboral), así como al disfrute de ciertas actividades de ocio. A

medida que pasan los años, las metas centradas en los ámbitos laboral y familiar, en particular en los hijos, adquieren una mayor relevancia y comienzan a aparecer preocupaciones en relación con la salud. Estas preocupaciones por la salud y la autonomía se convierten en dominantes en la vejez, junto con el desarrollo y mejora de ciertas características personales, como ser útil, estar activo o continuar aprendiendo, y mantener ciertos vínculos íntimos (Hoppmann y Smith, 2007; Smith y Freund, 2002).

Una de las claves para entender el ajuste de los objetivos vitales a lo largo de la vida reside en el progresivo cambio de su orientación motivacional. En este sentido, la psicología del ciclo vital (Baltes, Lindenberger y Staudinger, 2006; Baltes y Smith, 2004) define tres tipos de metas evolutivas: el crecimiento, el mantenimiento y la regulación de pérdidas. De acuerdo con su propuesta, en la juventud, cuando la persona tiene numerosos recursos biológicos y sociales a su disposición, la orientación hacia el crecimiento y el logro de nuevos hitos es clave. Sin embargo, a medida que esos recursos disminuyen con la edad, las posibilidades de experimentar ganancias se reducen y las amenazas de pérdida aumentan. En respuesta a ello, en la vejez los esfuerzos dedicados a mantener lo ya obtenido y a regular la pérdida son cada vez mayores. Por ello, se argumenta que en la vejez los objetivos vitales están más ligados al presente que en la juventud (Brandstädter y Rothermund, 2002; Ebner, Freund y Baltes, 2006; Timmer, Steverink, Stevens y Dittmann-Kohli, 2003). Los mayores se propondrían, sobre todo, extender en el futuro las situaciones favorables del presente, y aunque el espacio para nuevas ganancias se mantiene, es comparativamente menor que en el caso de los jóvenes.

No obstante, algunos autores enfatizan que en la vejez los objetivos quizá no son tan homogéneos y vinculados a cambios normativos asociados a la edad como sucede en otras fases de la vida. Por ejemplo, Frazier y Hooker (2006) argumentan que mientras en las etapas vitales más tempranas los factores normativos, ya sean de tipo madurativo o histórico-generacional, son las principales fuerzas configuradoras del desarrollo, en la segunda mitad de la vida está especialmente influido por acontecimientos únicos, los cuales no son normativos. De hecho, los adultos mayores, debido al número de años vividos, probablemente han experimentado un mayor número de eventos

que diferencian a unas personas de otras, y han tomado un mayor número de decisiones que desarrollan una trayectoria de vida única, distinta a la de las personas de su misma edad y generación. Por todo ello, las diferencias individuales podrían tener un mayor peso relativo en la vejez que las fuerzas sociales homogeneizadoras implicadas en los calendarios evolutivos normativos. Por su parte, otros autores han destacado cómo en la vejez el cambio de objetivos personales para ajustarlos a la situación presente es más probable que en la juventud (Brandstädter y Rothermund, 2002; Haase, Heckhausen y Worsch, 2013). La edad por sí sola no explica los cambios de prioridades a lo largo de la vida (Carstensen, 2006), que son más una respuesta a las expectativas y situación particular que vive la persona. Si esto fuera así, las circunstancias y los problemas específicos que han de abordar tendrían un especial peso en los objetivos vitales de los mayores.

Si hay un ámbito de la vida en la vejez en el que el riesgo de tener problemas aumenta, ese es el de la salud. Como se ha visto anteriormente, los objetivos centrados en la salud son muy relevantes para los adultos mayores. Sin embargo, algunos estudios sugieren que la aparición de la salud como dimensión motivacional relevante responde más a la aparición de problemas de salud que a un cambio normativo (Barreto y Frazier, 2012; Frazier, Cotrell y Hooker, 2003; Frazier, Johnson, Gema y Kafka, 2002), dado que sus resultados indicaron que los mayores con un mejor funcionamiento físico, con independencia de su edad, reportaban menos objetivos relacionados con ese ámbito. Desde este punto de vista, si bien la salud es un dominio central en las prioridades de los mayores, lo sería especialmente para aquellos que tienen problemas reales de salud (Heckhausen, Wrosch y Schultz, 2013; Peterman y Lecci, 2007; Smith y Freund, 2002). Para este grupo, integrar la salud como objetivo vital relevante ayuda a integrar y dar significado a los problemas que se están experimentando en ese ámbito y es un importante predictor de la puesta en marcha y mantenimiento de comportamientos y estilos de vida saludables (De Wit, 2006; Hall, Chipperfield, Heckhausen y Perry, 2010; Wrosch, Scheier y Miller, 2013).

El presente estudio pretende explorar los objetivos vitales en dos momentos diferentes de la vida y determinar hasta qué punto la etapa vital (estar en la juventud o en la vejez), y la presencia

de ciertas circunstancias personales, en concreto de problemas específicos de salud, contribuyen a predecir esos objetivos, tanto su contenido específico como su orientación motivacional. Para ello, se seleccionaron tres grupos, uno de jóvenes, uno de mayores con buena salud y un tercero de mayores con problemas crónicos de salud.

Si estos objetivos fueran prioritariamente un reflejo de tareas evolutivas normativas asociadas a la edad, se esperaría que: (a) el contenido de los objetivos vitales en los grupos de jóvenes y mayores sanos fuese diferente, mientras que en los dos grupos de mayores, los sanos y los que tenían enfermedades crónicas, el contenido de las metas evolutivas fuese similar; (b) la orientación motivacional en los jóvenes fuese diferente a la dominante en los dos grupos de mayores. Entre tanto, se esperaría un dominio de objetivos orientados al crecimiento, al mantenimiento y a la regulación de la pérdida en los dos grupos de mayores, que no se diferenciarían entre sí; y (c) tomando los dos grupos de mayores en conjunto, la mención a objetivos vitales centrados en la salud estuviese determinada más por la edad que por el estado de salud, estimado a partir de indicadores como la edad subjetiva, el número de medicamentos consumidos o el grado de autonomía personal.

Por el contrario, si los objetivos vitales estuviesen determinados sobre todo por circunstancias personales (como, en este caso, la presencia de problemas crónicos de salud), se esperaría que: (a) las diferencias en el contenido de los objetivos vitales entre los grupos de mayores sanos y mayores con enfermedades crónicas fuese mayor que la existente entre jóvenes y mayores sanos; (b) la orientación motivacional en los mayores con enfermedades crónicas estuviese dominada por el mantenimiento y la regulación de la pérdida, mientras el crecimiento tendría mucha mayor presencia entre los jóvenes y los mayores sanos; y (c) tomando los dos grupos de mayores en conjunto, la mención a objetivos vitales centrados en la salud estuviese determinada más por los indicadores de salud o la autonomía personal que por la edad.

## Método

### Diseño

Para lograr los objetivos propuestos, se llevó a cabo un estudio transversal en el que se compararon las

respuestas de tres grupos (uno de jóvenes y dos de personas mayores), en una serie de instrumentos descritos en la subsiguiente sección.

### Participantes

La muestra que participó en el estudio estuvo constituida por 210 personas que residen en la ciudad de Medellín (Colombia) y en su área metropolitana. Se realizó un muestreo intencional y todas las personas participaron de manera voluntaria. Su participación no supuso ningún pago ni crédito académico. Se contó con tres grupos:

- Grupo de jóvenes, compuesto por 78 personas (37% de la muestra) de entre 18 y 29 años ( $M = 22.2$ ,  $DT = 2.3$ ), sin problemas crónicos de salud. Formaron parte de este grupo 12 hombres (15.4%) y 66 mujeres (84.6%), estudiantes de pregrado de la Universidad de Antioquia.
- Grupo de mayores sanos, compuesto por 67 personas (32% de la muestra) mayores de 55 años ( $M = 65.5$ ,  $DT = 6.4$ ), sin presencia de problemas crónicos de salud (en especial, los reportados por el tercer grupo). El grupo procedía del Aula Universitaria de Mayores de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Formaron parte del grupo siete hombres (10.4%) y 60 mujeres (89.6%).
- Grupo de mayores enfermos, 65 personas (31% de la muestra) mayores de 55 años ( $M = 67.2$ ,  $DT = 7.8$ ), con problemas crónicos de salud (en concreto, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal). Formaban parte de este grupo 25 hombres (38.5%) y 40 mujeres (61.5%). Todos ellos asistían una vez cada 15 días, de manera ambulatoria y por indicación de su médico, a grupos de control y autoayuda con personas que padecían su misma enfermedad crónica. Estos grupos estaban organizados por una empresa prestadora de servicios de salud. En el momento de la recolección de los datos, los 65 miembros de este grupo presentaban una situación estable y habían sido diagnosticados del problema crónico de salud al menos un año antes de la recolección de datos.

Los tres grupos no diferían significativamente entre sí en nivel de estudios. Sin embargo, el grupo de mayores con enfermedades crónicas consumía una media de 5.56 medicamentos al día,

significativamente superior a las medias del grupo de mayores sanos ( $M = 2.25$ ;  $t(130) = -5.94$ ;  $p < 0.000$ ) y del grupo de jóvenes ( $M = 0.54$ ;  $t(141) = 9.92$ ;  $p < 0.000$ ). Mayores sanos y jóvenes también diferían significativamente en esta variable ( $t(143) = -7.13$ ;  $p < 0.000$ ). Los mayores con enfermedades crónicas también valoraban su salud de manera menos positiva que los mayores sanos ( $t(130) = 4.37$ ;  $p < 0.0001$ ) y que los jóvenes ( $t(141) = 4.09$ ,  $p < 0.000$ ), pero estos dos últimos grupos no diferían entre sí ( $t(143) = -0.71$ ;  $p = 0.482$ ).

De manera similar, el nivel promedio de autonomía del grupo de mayores sanos era significativamente más elevado que los de mayores enfermos ( $t(128) = 3.89$ ;  $p > 0.000$ ). Los jóvenes y mayores enfermos también diferían en esta variables ( $t(139) = 4.91$ ;  $p = 0.000$ ), mientras no lo hacían cuando se comparaban con los mayores sanos ( $t(143) = 1.81$ ;  $p = 0.072$ ).

En ninguno de los tres grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres para las variables: número diario de medicamentos consumidos, estimación del estado de salud y autonomía.

## Instrumentos

Los participantes en el estudio rellenaron un cuestionario en el que tenían que especificar su género, su edad, su estado civil (con cuatro alternativas de respuesta: casado, soltero, viudo y separado/divorciado) y el nivel de estudios alcanzado (con cuatro categorías: sin estudios, solo estudios primarios, estudios secundarios y estudios universitarios). Tras ello, se les solicitaba escribir su principal objetivo vital, en un formato de respuesta abierta en el que junto a la frase "mi principal objetivo vital es" se dejaba un espacio para que la persona contestara. Este tipo de frases incompletas, que permite a los participantes responder con sus propias palabras y de acuerdo con sus propios intereses y prioridades, ha sido utilizado con éxito tanto en jóvenes como en mayores, demostrando una fiabilidad test-retest y consistencia inter-codificadores superiores a 0.85 (Dittmann-Kohli y Westerhof, 1997; Villar y Villamizar, 2012). Con el fin de confirmar las diferencias entre grupos (en particular, entre los dos grupos de mayores) respecto a la salud subjetiva, objetiva y autonomía, así como de obtener indicadores de estos aspectos de cada grupo, se recogieron también las siguientes variables:

- Estimación de salud subjetiva, a partir de la pregunta "¿cómo valoraría usted su estado de salud?". Para responder, los participantes utilizaron una escala de cinco puntos (de *excelente* a *muy mala*).
- Número de medicamentos diferentes que se tomaban diariamente.
- Autonomía funcional, a partir de la escala breve de Siu, Reuben y Hays (1990). Esta escala incluye siete actividades de la vida diaria ordenadas por grado de dificultad (actividad física intensa, trabajos fuertes de la casa, ir a comprar, utilizar medios de transporte, bajar y subir escaleras, bañarse o ducharse y vestirse). En cada una de ellas el participante tenía que contestar escogiendo una de las tres posibles alternativas de respuesta: "solo puedo hacerlo si alguien me ayuda", "lo hago solo pero con dificultad" y "soy capaz de hacerlo sin problemas". Se agregaron las respuestas para lograr un único indicador que iba de 0 (máxima autonomía) a 21 (mínima autonomía). En el presente estudio, el alfa de Cronbach de la escala alcanzó un valor de 0.87, lo que indica una elevada consistencia interna de la escala.

## Procedimiento

Los datos se recogieron en formularios individuales a partir de pequeños grupos de participantes a los que previamente se había solicitado su participación. La información fue recolectada en 10 momentos distintos (dos encuentros realizados con el aula universitaria de mayores, tres reuniones con el grupo de enfermos crónicos y cinco con los estudiantes de grado) en un periodo de tres meses desde el primer al último momento de recolección de datos.

En estos pequeños grupos se leía y se explicaba brevemente el objetivo del estudio, su importancia y el posible impacto que podría alcanzarse con sus resultados. A continuación, se les solicitó a los participantes un consentimiento informado que fue leído, comprendido y firmado por ellos y por un testigo. En este consentimiento se explicitaba que la participación era libre, gratuita y voluntaria, que podían retirarse del estudio en el momento que lo desearan y que la información se manejaría con total confidencialidad y anonimato. Los procedimientos éticos que guiaron el estudio habían sido previamente aprobados por el Comité de Ética de la Facultad de enfermería de la Universidad de

Antioquia y del Comité Regional de Ética de la institución de salud que colaboró en el estudio.

Una vez firmado el consentimiento informado, se continuó con el diligenciamiento de los instrumentos, en el que se contó con la guía del investigador principal o uno de sus colaboradores. El tiempo utilizado para completar los instrumentos, incluyendo el consentimiento informado, fue de 30 a 60 minutos en los grupos de adultos mayores y de 15 a 30 en los jóvenes.

### Análisis de los datos

Las respuestas a la pregunta abierta fueron sometidas a un análisis de contenido. En primer lugar, los investigadores identificaron las ideas presentes en cada respuesta, las cuales se clasificaron en categorías, en función de la presencia de ciertos significados comunes o palabras clave (Vaismorari, Turunen y Bondas, 2013). Posteriormente, se elaboró un sistema jerárquico de categorías. Su primer nivel contenía categorías derivadas inductivamente de las ideas de los participantes, mientras que el segundo nivel, más genérico, agrupaba deductivamente categorías primarias basándose en los conceptos teóricos de crecimiento, estabilidad o regulación de la pérdida.

Para incrementar la fiabilidad del análisis, dos investigadores categorizaron, independientemente, las respuestas de los participantes. Luego, se compararon sus análisis y se refinaron las diferencias hasta llegar a un sistema consensuado, que contenía un nombre y una definición para cada categoría. La versión definitiva constaba de seis categorías primarias:

- Bienestar. Referente a respuestas sobre la autoestima, la felicidad, la alegría, la satisfacción, la paz interior o el amor. Por ejemplo: “trabajar por el bienestar físico, emocional y mental para una buena vejez” o “quererme mucho”.
- Generatividad. Asociado con respuestas que indicaban el cuidado por la familia o por aspectos de la comunidad o la sociedad, expresando ideas como la ayuda, el servicio, la contribución o las acciones como compartir, brindar o aportar. Por ejemplo: “ayudar a otros a vivir con calidad”, “cuidar de las personas que lo necesitan”.
- Salud. Definido por respuestas que hacían referencia a la calidad o condiciones favorables de vida y la ausencia de enfermedades, así como con independencia y autonomía. Por ejemplo: “valerme por mí misma hasta que me alcance la muerte” o “tener una vida digna, hacer deporte y vivir sanamente”.
- Desarrollo. Respuestas alusivas a hitos o tareas que suponen un crecimiento personal o la adquisición de nuevos roles en la familia, el trabajo o la comunidad. Por ejemplo: “terminar mis estudios para desempeñarme profesionalmente” o “casarme y tener hijos, formar una familia”.
- Material. Relacionado con aspiraciones sobre tener acceso al dinero o a viajar, así como a la compra o posesión de bienes materiales. Por ejemplo: “viajar, tener propiedades, un piso” o “tener tranquilidad económica”.
- Vinculación. Referente a relaciones con otras personas, ya sea familia, amigos o vecinos (sin que implique menciones a actividades generativas, desarrollo o bienestar). Por ejemplo: “conservar mis buenas amistades” o “seguir viviendo con mi esposo e hijos”.

La categorización secundaria, que recogía la orientación motivacional de los objetivos vitales, constó de dos categorías:

- Ganancias. Relacionado con objetivos de orientación positiva que alude a logros, superación, crecimiento o mejora respecto a condiciones presentes. Por ejemplo: “mejorar cada día como ser humano” o “crecer espiritualmente”.
- Mantenimiento. Referente a objetivos que aluden explícitamente a sostener la situación actual, a la estabilidad de atributos o estados ya alcanzados. Por ejemplo: “seguir trabajando en voluntariado” o “seguir con buena salud”.

En esta categorización secundaria, de manera teórica, podrían encontrarse respuestas que aludiesen a pérdidas, sin embargo ninguna persona mencionó un objetivo centrado en la merma o el menoscabo de la situación actual.

Finalmente, se proporcionó tanto la lista de ideas como el sistema de categorías a un juez independiente que no había participado en el

proceso de su elaboración, y se le instó a asignar unidades a categorías. Sus resultados se compararon con los consensuados por los investigadores para obtener el índice kappa de fiabilidad, que alcanzó un valor de 0.90, incluyendo tanto las categorías primarias como las secundarias.

Los resultados de la categorización se introdujeron en el paquete estadístico SPSS (versión 17) para encontrar relaciones con el resto de variables, de acuerdo con los objetivos propuestos. Se compararon las frecuencias de las categorías entre grupos. Para ello, se empleó el estadístico chi-cuadrado. Para conocer el peso de cada variable (género, educación, edad, medicamentos consumidos, valoración estado de salud y autonomía) en la predicción de menciones a objetivos relacionados con la salud, se llevó a cabo una regresión logística.

## Resultados

En la tabla 1 se detallan las categorías de análisis en función de los grupos de participantes. Como se puede observar, la comparación entre los jóvenes y los mayores sanos indica que, mientras que los primeros ofrecen más respuestas relativas al desarrollo, en los segundos son más numerosas las referencias a la salud y la generatividad. Entre los dos grupos de mayores, se encontró que el grupo de enfermos crónicos mencionaba más a menudo la categoría material ( $\chi^2(1) = 4.34, p < 0.05$ ) y menos la categoría generatividad ( $\chi^2(1) = 3.84, p < 0.05$ ) que los mayores activos.

Tabla 1  
Porcentaje relativo de tipos de objetivos vitales en los diferentes grupos y comparación entre grupos

	Jóvenes	$\chi^{2a}$	Mayores sanos	$\chi^{2b}$	Mayores enfermos
Bienestar	9.4	0.13	12.3%	0.09	12.8%
Generatividad	3.7	7.09**	16.0%	3.84*	5.8%
Salud	2.8	30.87***	34.5%	0.25	34.8%
Desarrollo	70.7	101.19***	11.1%	0.01	10.5%
Material	2.8	0.90	9.8%	4.34*	19.7%
Vinculación	10.3	0.73	16.0%	0.27	16.2%

<sup>a</sup> Comparación entre los resultados de jóvenes y de mayores sanos

<sup>b</sup> Comparación entre los resultados de mayores sanos y con enfermedades crónicas

Respecto a la orientación motivacional de los objetivos, en la figura 1 se observa como los grupos diferían en su mención a ganancias, siendo este reporte más numeroso en el grupo de jóvenes que en los de mayores, que a su vez no diferían entre sí. En concreto, los jóvenes mencionaban más frecuentemente ganancias que los mayores sanos ( $\chi^2(1) = 58.39, p < 0.000$ ) y con enfermedades crónicas ( $\chi^2(1) = 62.88, p < 0.000$ ). En las menciones

al mantenimiento, los jóvenes también diferían significativamente de ambos grupos de mayores ( $\chi^2(1) = 62.10, p < 0.000$  y  $\chi^2(1) = 73.54, p < 0.000$ , respectivamente). En cambio, las diferencias entre los dos grupos de mayores no fueron estadísticamente significativas para las ganancias ( $\chi^2(1) = 0.10, p = 0.75$ ) ni para el mantenimiento ( $\chi^2(1) = 0.73, p = 0.39$ ).

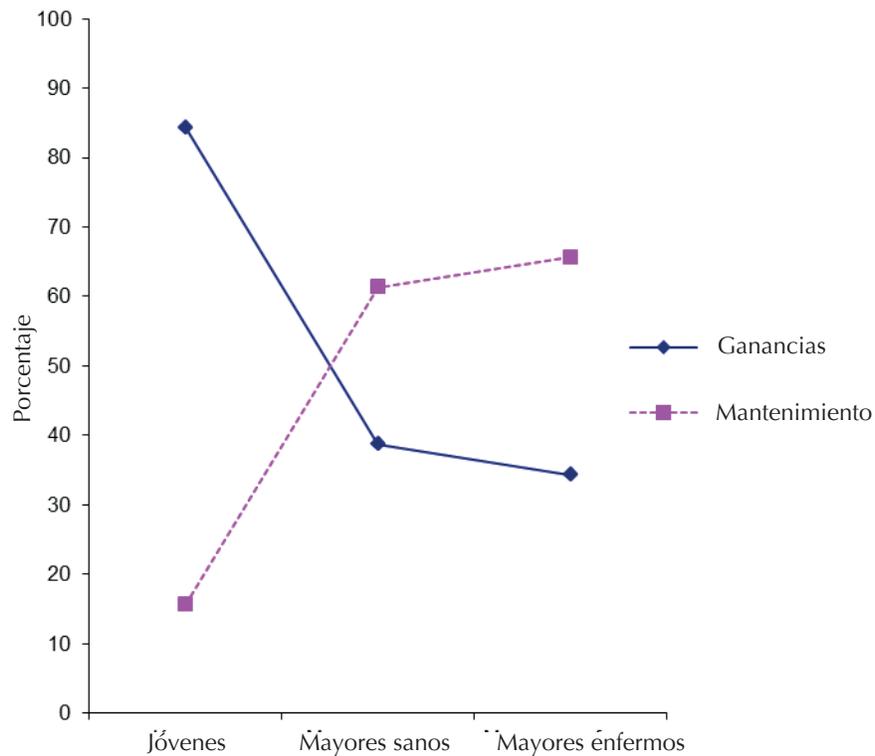


Figura 1. Porcentaje de aparición de orientaciones motivacionales de los objetivos en los diferentes grupos.

Respecto a la influencia de la edad y el estado de salud, como objetivo vital entre los mayores, los resultados de la regresión logística binaria indican que ninguna de las variables independientes tenidas en cuenta (entre ellas, ni la edad, ni los diferentes

indicadores de estado de salud) predecían de manera significativa la probabilidad de mencionar objetivos relativos a la salud entre los mayores (ver tabla 2).

Tabla 2

Regresión logística de objetivos relacionados con la salud (presencia/ausencia) en los dos grupos de mayores en función de diferentes predictores

Variabes predictoras	Oportunidad relativa <sup>a</sup>	IC 95%	<i>p</i>
Género (mujer = 0)	1.39	[0.59, 3.25]	0.45
Nivel de estudios	1.06	[0.80, 1.40]	0.67
Edad	0.99	[0.95, 1.02]	0.54
Valoración estado de salud	1.20	[0.67, 2.12]	0.53
Núm. medicamentos diarios	0.96	[0.86, 1.08]	0.52
Autonomía	0.94	[0.82, 1.09]	0.43

<sup>a</sup>. En inglés Odds Ratio

## Discusión

El objetivo del estudio se centró en la valorar en qué medida las expectativas asociadas a ciertas etapas de la vida (juventud vs. vejez) o la presencia de circunstancias personales específicas (en concreto, tener una mejor o peor salud) influyen en la determinación de objetivos vitales. Para ello, se compararon los objetivos de vida y la orientación motivacional de tres grupos de participantes (jóvenes, mayores sanos y mayores con enfermedades crónicas). Finalmente, se determinó el peso predictivo de la edad y de diversos indicadores de salud y autonomía personal en la mención a objetivos de salud entre los mayores.

En cuanto al contenido de los objetivos vitales, la diferencia entre jóvenes y mayores sanos fue mayor que la existente entre mayores sanos y mayores enfermos. El grupo de jóvenes se planteaba objetivos sobre todo relacionados con el desarrollo personal, con la asunción de nuevos roles familiares, de logros profesionales y estatus sociales diferentes al que poseían. En cambio, en los mayores, tanto sanos como aquellos que presentaban enfermedades crónicas, los objetivos relacionados con la salud eran los dominantes. La preservación de la autonomía personal, de capacidades físicas y la evitación de enfermedades eran aspectos de gran importancia en el futuro de los mayores, lo que confirma resultados de investigaciones previas (Smith y Freund, 2002). De esta manera, los resultados sugieren que la importancia de la salud como objetivo vital no está condicionada tanto por la presencia real de problemas de salud sino por la anticipación, se tengan o no esos problemas, pues es un dominio sensible en el que la probabilidad de pérdida en el futuro es elevada. Esta anticipación hace que la salud adquiera prioridad dentro de los objetivos incluso para las personas que se encuentran bien y activas en el presente.

En el grupo de mayores sanos también es más frecuente que en los otros dos, la mención a aspiraciones relativas a la generatividad, es decir, referencias a contribuciones a otras personas o a la comunidad. Algunos estudios recientes han señalado que esta tarea evolutiva, tradicionalmente asociada a la mediana edad (Erikson, 1950), podría tener también un papel en las nuevas generaciones de mayores, en general más educados, con una mejor salud y más activos de lo que era habitual en el pasado (Villar, 2012). En contraste, entre los mayores con enfermedades crónicas es particularmente alta

la mención a objetivos vitales de tipo material, un resultado de difícil interpretación. Quizá ante la presencia de dificultades de salud, centrarse en la concreción y disfrute presente que supone adquirir bienes materiales podría adquirir un mayor sentido que en otras circunstancias.

Los resultados respecto a la orientación motivacional de los objetivos sobre metas reproducen los obtenidos respecto a su contenido. Las diferencias entre los dos grupos de mayores, aunque en la dirección esperada (menos ganancias en los mayores con enfermedades crónicas que en los sanos) son, en general, mucho menores que las encontradas entre jóvenes y mayores, con independencia de la salud de estos. Esto quiere decir que mientras los jóvenes se concentran en crecer y conseguir nuevas ganancias, para los mayores, ya sean sanos o que tengan enfermedades crónicas, es más importante el mantenimiento.

Es destacable, sin embargo, que las referencias a las ganancias no desaparecen en la vejez. Así, existe un porcentaje importante de mayores, con o sin enfermedades crónicas, que plantean objetivos vitales centrados en el crecimiento. En coherencia con los resultados de otros estudios (Smith y Freund, 2002), más que simplemente sustituir crecimiento por mantenimiento en la vejez, la tendencia es a que el balance entre ambas cambie progresivamente y en la vejez pese más el mantenimiento, aunque el crecimiento continúe estando presente en alguna medida. También es reseñable que, aunque la psicología del ciclo vital ha propuesto que los objetivos se pueden agrupar en tres orientaciones motivacionales fundamentales, ganancias (o crecimiento), mantenimiento y regulación de pérdidas (Baltes et al., 2006; Baltes y Smith, 2004), en los resultados de esta investigación las menciones respecto a la pérdida no aparecieron. Quizá, como sugieren Ebner, Freund y Baltes (2006) el mantenimiento podría englobar alusiones encubiertas a pérdidas. En la vejez, cuando la probabilidad de experimentar pérdidas se incrementa, una forma de prevenirlas es precisamente concentrarse en mantener lo que ya se tiene. Así, el mantenimiento puede incluir la permanencia de lo ya conseguido, la continuación de cambios positivos (Timmer et al., 2003) y también la evitación de cambios negativos o pérdidas. Todo ello conduce a un mismo fin, la estabilidad del *statu quo*.

Respecto al peso predictivo de diferentes variables en la mención a objetivos de salud entre

los mayores, los resultados fueron más difíciles de interpretar, ya que ni la edad, ni los indicadores de salud, ni la autonomía personal contribuyeron significativamente a explicar la mención o no a ese tipo de objetivos. Su mención es igual de probable entre los mayores más jóvenes y más viejos, entre los que consumen más o menos medicamentos, entre los más y menos autónomos o entre los que reportan un mejor o peor estado de salud subjetiva. Esto sugiere que la preocupación por la salud es un fenómeno genérico, propio de la etapa de la vejez considerada globalmente. Las expectativas de edad, aunque puedan distinguir entre grandes periodos de la vida (p. ej., juventud vs vejez), tienen menor peso cuando se consideran dentro de una misma etapa.

Por otra parte, el estudio presenta algunas limitaciones que han de ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, se trata de un estudio transversal, con lo que los efectos de la edad y los de la generación se encuentran confundidos, y que ha tenido en cuenta únicamente grupos extremos, jóvenes y mayores (sin presencia de personas de mediana edad, por ejemplo). En este sentido, la realización de estudios longitudinales contribuiría a aclarar el cambio evolutivo en los objetivos vitales y el papel de la salud en ese cambio.

En segundo lugar, las muestras se obtuvieron de manera no probabilística, con lo que no se puede asegurar su representatividad. Así, por ejemplo el número de mujeres supera al de hombres en los tres grupos contemplados, con lo que los resultados podrían reflejar en cierta medida el efecto del género y comprometer su generalización. Por otra parte, y a pesar de los esfuerzos por conseguir dos grupos de mayores diferenciados respecto a la salud, la presencia entre los mayores enfermos de problemas más graves podría haber puesto de manifiesto más claramente el efecto de esta variable en los objetivos vitales. De manera similar, la extracción de los mayores enfermos de grupos de control médico y autoayuda cuestiona la generalización de los resultados a otros perfiles de enfermos crónicos, en concreto los que no desean o no tienen acceso a este tipo de control.

En tercer lugar, haber contado con un grupo de jóvenes enfermos hubiera aportado datos muy relevantes para ver hasta qué punto la presencia de la enfermedad influye en los objetivos vitales que las personas se plantean en la juventud, acercándolos a los objetivos típicamente presentes en la vejez. En un sentido parecido, la inclusión de grupos de

personas de mediana edad (sanas y enfermas) o de personas muy mayores, en los que las amenazas se multiplican extraordinariamente (Baltes y Smith, 2003) puede ser también una vía interesante de nuevos estudios sobre las cuestiones analizadas en el estudio.

A pesar de las limitaciones comentadas, los resultados ofrecen una sólida panorámica de los objetivos vitales en diferentes grupos de edad, destacándose dos aspectos importantes. En primer lugar, la salud aparece como un ámbito muy relevante en los objetivos de los mayores, no solo para aquellos que ya presentan problemas de salud, sino que también para los que se encuentran bien y llevan una vida activa. En cambio, los jóvenes apenas mencionan la salud, por lo que no parece tener ningún papel en sus objetivos. En segundo lugar, cabe destacar la importancia que adquiere en la vejez el mantenimiento de lo que ya se tiene, mientras que en la juventud lo más importante es progresar, acceder a estados que implican ganancias respecto a la situación actual. Es decir, los mayores, aunque pueden identificar alguna ganancia, se centran fundamentalmente en el manejo del presente, de conservar lo bueno que ya se tiene y que quizá ven amenazado. En contraste, la perspectiva de los jóvenes es de futuro y de cambio, estableciendo objetivos que implican mejorar respecto a la situación presente.

Tener en cuenta estos cambios en prioridades y objetivos implica que las fuentes de satisfacción y bienestar son diferentes en distintos momentos de la vida. Es también una información relevante para planificar intervenciones destinadas a mejorar ese bienestar y que, al mismo tiempo, tengan sentido desde una perspectiva evolutiva.

## Referencias

- Baltes, P. B., Lindenberger, U. y Staudinger, U. M. (2006). Life span theory in developmental psychology. En W. Damon y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: theoretical models of human development* (pp. 569–664). Nueva York: Wiley.
- Baltes, P. B. y Smith, J. (2003). New Frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology: behavioural science section/review*, 49(2), 123-135. doi: 10.1159/000067946

- Baltes, P. B. y Smith, J. (2004). Lifespan psychology: from developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in human development, 1*(3), 123-143. doi: 10.1207/s15427617rhd0103\_1
- Barreto, M. L. y Frazier, L. D. (2012). Coping with life events through possible selves. *Journal of Applied Social Psychology, 42*(7), 1785-1810. doi: 10.1111/j.1559-1816.2012.00918.x
- Brandtstädter, J. y Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit adjustment: a two-process framework. *Developmental Review, 22*(1), 117-150. doi: 10.1006/drev.2001.0539
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science, 312*(5782), 1913-1915. doi:10.1126/science.1127488
- De Wit, J. B. F. (2006). Maintenance of health behavior change: additional challenges for self-regulation theory, research and practice. En D. T. D. de Ridder y J. B. F. de Wit (Eds.), *Self-regulation in health behaviour* (pp. 193-215). Chichester: Wiley.
- Dittmann-Kohli, F. y Westerhof, G. J. (1997). The SELE-sentence completion questionnaire: a new instrument for the assessment of personal meaning in research on aging. *Anuario de Psicología, 73*(2), 7-18.
- Ebner, N. C., Freund, A. C. y Baltes, P. B. (2006). Developmental changes in personal goal orientation from young to late adulthood: from striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychology and Aging, 21*(4), 664-678. doi: 10.1037/0882-7974.21.4.664
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. Nueva York: Norton.
- Frazier, L. D., Cotrell, V. y Hooker, K. (2003). Possible selves and illness: a comparison of individuals with Parkinson's disease, Alzheimer's disease, and healthy older adults. *International Journal of Behavioral Development, 27*(1), 1-11. doi: 10.1080/01650250143000526
- Frazier, L. D. y Hooker, K. (2006). Possible selves in adult development: linking theory and research. En C. Dunkel y J. Kerpelman (Eds.), *Possible selves: theory, research, and application* (pp. 41-59). Huntington, NY: Nova Science.
- Frazier, L. D. Johnson, P. M. G., Gema, K. y Kafka, C. L. (2002). Psychosocial influences on possible selves: a comparison of three cohorts of older adults. *International Journal of Behavioral Development, 26*, 308-317. doi: 10.1080/01650250143000184
- Freund, A. M. y Reidiger, M. (2006). Goals as building blocks of personality and development in adulthood. En D. K. Mroczeky y T. D. Little (Eds.), *Handbook of personality development* (pp. 353-372). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Haase, C. M., Heckhausen, J. y Wrosch, C. (2013). Developmental regulation across the life span: toward a new synthesis. *Developmental Psychology, 49*(5), 964-972. doi: 10.1037/a0029231.
- Hall, N. C., Chipperfield, J. G., Heckhausen, J. y Perry, R. P. (2010). Control striving in older adults with serious health problems: a 9-year longitudinal study of survival, health, and well-being. *Psychology and Aging, 25*, 432-445. doi: 10.1037/a0019278
- Heckhausen, J., Wrosch, C. y Schulz, R. (2013). A lines-of-defense model for managing health threats: a review. *Gerontology, 59*(5), 438-447. doi: 10.1159/000351269.
- Hoppmann, C. A. y Smith, J. (2007). Life-history related differences in possible selves in very old age. *International Journal of Aging and Human Development, 64*, 109-127. doi: 10.2190/GL71-PW45-Q481-5LN7
- Hutterman, R., Hannecke, M., Orth, U., Reitz, A. K. y Specht, J. (2014). Developmental tasks as a framework to study personality development in adulthood and old age. *European Journal of Personality, 28*(3), 267-278. doi: 10.1002/per.1959
- Peterman, A. H. y Lecci, L. (2007). Personal projects in health and illness. En B. R. Little, K. Salmela-Aro y S. D. Phillips (Eds.), *Personal project pursuit. Goals, actions, and human flourishing* (pp. 329-353). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Settersen, R. A. (2003). Age structuring and the rhythm of the life course. En J. T. Mortimer y M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the life course* (pp. 81-102). Nueva York: Kluwer.
- Siu, A. L., Reuben, D. B. y Hays, R. D. (1990). Hierarchical measures of physical function in ambulatory geriatrics. *Journal of American Geriatrics Society, 38*(10), 1113-1119.
- Smith, J. y Freund, A. F. (2002). The dynamics of possible selves in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 57*(6), 492-P500. doi: 10.1093/geronb/57.6.P492

- Timmer, E., Steverink, N., Stevens, N. y Dittmann-Kohli, F. (2003). Personal concepts of stability in the second half of life. *Journal of Aging Studies*, 17(4), 427-443. doi: 10.1016/S0890-4065(03)00062-8
- Vaismorari, M., Turunen, H. y Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, 15(3), 398-405. doi: 10.1111/nhs.12048.
- Villar, F. (2012). Successful ageing and development. The contribution of generativity in older age. *Ageing & Society*, 32(7), 1087-1105. doi: 10.1017/S0144686X11000973
- Villar, F. y Villamizar, D. J. (2012). Hopes and concerns in couple relationships across adulthood and their association with relationship satisfaction. *International Journal of Aging and Human Development*, 75(2), 115-139. doi: 10.2190/AG.75.2.b
- Wrosch, C., Scheier, M. F. y Miller, G. E. (2013). Goal adjustment capacities, subjective well-being, and physical health. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(12), 847- 860. doi: 10.1111/spc3.12074.

---

**Para citar este artículo/ to cite this article / para citar este artigo:** Villar, F. y Zea, M. C. (2014). Objetivos vitales en jóvenes y en adultos mayores sanos y con enfermedades crónicas. *Pensamiento Psicológico*, 13(1), 53-64. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI13-1.ovjaovja