

TESIS DOCTORAL EN ATENCIÓN  
SOCIOSANITARIA A LA DEPENDENCIA

**FACULTAT DE PSICOLOGIA**



VNIVERSITAT  
D VALÈNCIA

*CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS  
MAYORES EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA:  
EL CASO DE ANGOLA*

*Valencia, 2013*

Presentada por:

**Patricia Sancho Requena**

Dirigida por:

**Dr. José Manuel Tomás Miguel**

**Dr. Melchor Gutiérrez Sanmartín**







### ***A mi familia***

A mi *madre*, por luchar. Por creer en mí siempre, sin dudar. Por tu aliento, ánimo y apoyo. Por levantarme en las caídas. Por marcarme el camino. Gracias.

A mi *hermana Desirée*, por tu admiración y confianza. Por las batallas ganadas y las que están por ganar. Porque mis logros son tuyos también. Gracias.

A *Dani*, por tu apoyo incondicional. Porque sin tu comprensión y sacrificio no habría camino. Por hacer de mis ilusiones una realidad. Por no ser tú, sino nosotros. Por tu amor. Gracias.

### ***A mis mentores***

A *José Manuel*, por apostar por mí, por enseñarme todo lo que sé y hacer que sea mejor. Por cambiar de rumbo mi vida y guiarme en el camino. Gracias por tu confianza.

A *Amparo*, por tu ingenio. Por tu positividad. Por encontrar nuevos caminos y ser la luz que los ilumina cuando todo está oscuro. Gracias por tu apoyo.

A *Melchor*, por tu generosidad y ayuda. Porque tu sinceridad, franqueza y dedicación mejoran los proyectos. Gracias por darme la oportunidad.

### ***A mis amigas***

A *Laura*, por hacer del camino algo divertido. Por todos y cada uno de los momentos vividos. Por escucharme. Por tu empatía. Por ser más que compañera, amiga. Gracias por estar ahí siempre.

A *Vanessa* y *Eva*, y a *todas* las que me habéis acompañado en este camino. Por vuestra alegría y apoyo. Porque me faltó tiempo para dedicaros y aun así seguís ahí. Gracias.

***Gracias por hacer realidad un sueño.***



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.2. Teorías del envejecimiento.....	11
1.2.1. Teorías biológicas .....	13
1.2.2. Teorías sociológicas .....	19
1.2.3. Teorías psicológicas .....	23
1.3. Envejecimiento con éxito vs. Envejecimiento armonioso.....	27
1.4. Bienestar y calidad de vida.....	33
1.4.1. Factores sociodemográficos relacionados con el bienestar y la calidad de vida .....	37
1.4.2. Dimensiones psicosociales influyentes en el bienestar y la calidad de vida.....	43
1.5. Trabajos presentados .....	50
1.5.1. Validación de la versión portuguesa de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra de personas mayores (Sancho, P., Galiana, L., Gutiérrez, M., Francisco, E. H. y Tomás, J. M.) .....	53
1.5.2. La medida de la salud percibida en el proceso de envejecimiento: una validación de la Escala de Percepción de Salud (Sancho, P., Gutiérrez, M., Galiana, L., Tomás, J. M. y Oliver, A.).....	55
1.5.3. Percepción de Calidad de Vida en una Muestra de Ancianos Angoleños (Gutiérrez, M., Tomás, J. M., Sancho, P., Galiana, L. y Francisco, E. H.).....	56
1.5.4. Variables sociodemográficas y envejecimiento con éxito en personas mayores angoleñas (Galiana, L., Gutiérrez, M., Sancho, P., Francisco, E. H. y Tomás, J. M.) .....	57

1.5.5. Prediciendo la salud percibida en personas mayores angoleñas: el efecto moderador de ser más mayor (Tomás, J. M., Gutiérrez, M., Sancho, P. y Galiana, L.).....	58
1.5.6. Prediciendo la satisfacción vital en personas mayores angoleñas: un modelo estructural (Gutiérrez, M., Tomás, J. M., Galiana, L., Sancho, P. y Cebrià, M. A.) .....	59
1.5.7. Prediciendo la satisfacción con la vida en las personas más mayores: un estudio sobre efectos de moderación (Tomás, J. M., Sancho, P., Gutiérrez, M. y Galiana, L.).....	60
1.6. Justificación/aportación.....	62
2. MÉTODO .....	67
2.1. Procedimiento y participantes .....	69
2.2. Instrumentos .....	72
2.3. Análisis estadísticos .....	80
2.3.1. Validación de la versión portuguesa de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra de personas mayores .....	81
2.3.2. La medida de la salud percibida en el proceso de envejecimiento: una validación de la Escala de Percepción de Salud.....	82
2.3.3. Percepción de Calidad de Vida en una Muestra de Ancianos Angoleños .....	85
2.3.4. Variables sociodemográficas y envejecimiento con éxito en personas mayores angoleñas.....	86
2.3.5. Prediciendo la salud percibida en personas mayores angoleñas: el efecto moderador de ser más mayores.....	87
2.3.6. Prediciendo la satisfacción vital en personas mayores angoleñas: un modelo estructural .....	88
3. RESULTADOS .....	91
3.1. Validación de la versión portuguesa de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra de personas mayores.....	93

3.2. La medida de la salud percibida en el proceso de envejecimiento: una validación de la Escala de Percepción de Salud.....	98
3.3. Percepción de Calidad de Vida en una Muestra de Ancianos Angoleños .....	103
3.4. Variables sociodemográficas y envejecimiento con éxito en personas mayores angoleñas.....	109
3.5. Prediciendo la salud percibida en personas mayores angoleñas: el efecto moderador de ser más mayor.....	127
3.6. Prediciendo la satisfacción vital en personas mayores angoleñas: un modelo estructural.....	134
4. DISCUSIÓN .....	143
4.1. Validación de medidas en portugués para su uso en población mayor.....	146
4.2. Estudio del efecto de factores sociodemográficos de las personas mayores de Angola sobre la calidad de vida y el envejecimiento con éxito.....	152
4.3. Modelos explicativos de la salud percibida, la satisfacción vital y la calidad de vida en personas mayores de Angola.....	163
4.4. Fortalezas y limitaciones de la investigación.....	178
5. CONCLUSIONES.....	185
6. BIBLIOGRAFÍA .....	193



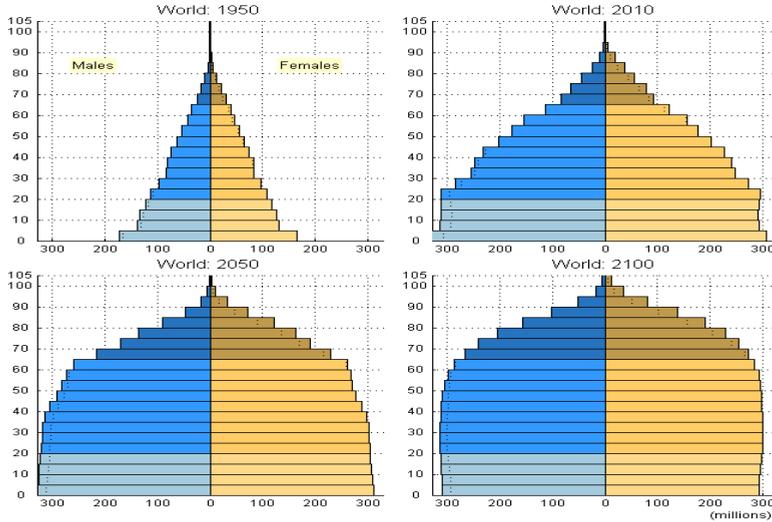
# 1. INTRODUCCIÓN



## **1.1. Contexto de la población de interés**

El proceso de envejecimiento de la población mundial es un hecho incuestionable. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012a) en prácticamente todos los países la proporción de personas mayores está creciendo más rápido que cualquier otro grupo de edad. La población mayor del mundo (personas de 60 años de edad y mayores) se estima en 650 millones, y se prevé llegar a 2000 millones en 2050 (OMS, 2011). Este cambio se refleja en la evolución de la llamada pirámide poblacional, la cual pronto perderá la forma que le da nombre (Figura 1.1).

**Figura 1.1.** Previsión demográfica mundial (Naciones Unidas, 2010).

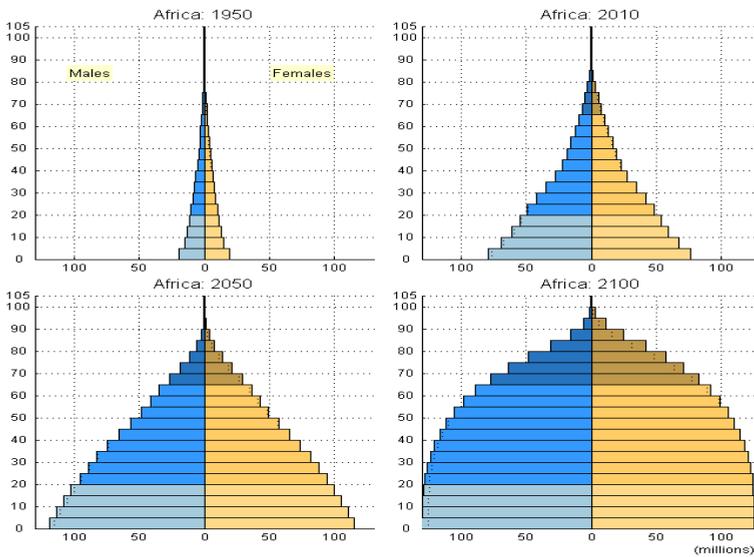


El envejecimiento poblacional supone un éxito para la vida del ser humano, sobre todo de la medicina, sin embargo, es también un desafío cuya meta ya no es tanto el conseguir una vida larga sino, además, de calidad. Se trata de que las personas mayores puedan desarrollar una vida autónoma, en condiciones favorables tanto a nivel biológico como psicológico. Este es, quizás, uno de los mayores desafíos a los que ha de hacer frente la ciencia en materia de envejecimiento.

El envejecimiento de la población, se presenta como una dificultad y un desafío, especialmente en los países en vías de desarrollo (por ejemplo, Figura 1.2). Estos países, además de

hacer frente a los desafíos propios del envejecimiento de la población, tienen que seguir luchando, contando con un menor número de recursos, contra enfermedades infecciosas, la desnutrición y la mortalidad infantil, entre otras.

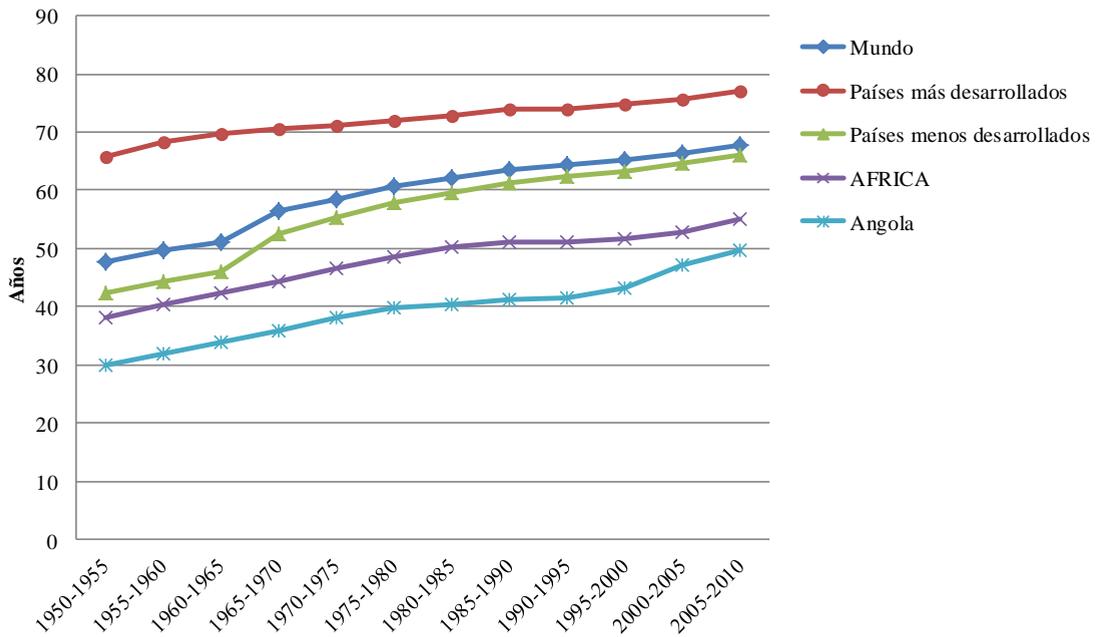
**Figura 1.2.** Previsión demográfica de África (Naciones Unidas, 2010).



Son muchos los países que se encuentran actualmente en esta de situación, en vías de desarrollo, y son pues contextos de especial conflicto para afrontar este cambio poblacional y, sin duda, deben recibir una especial atención. Estos países, aunque en menor medida que los más desarrollados, también han visto

cómo la esperanza de vida de su población aumentaba en estos últimos años, como se puede observar en la Figura 1.3. Así pues, la tendencia es mundial, e incluso más acusada en estos países.

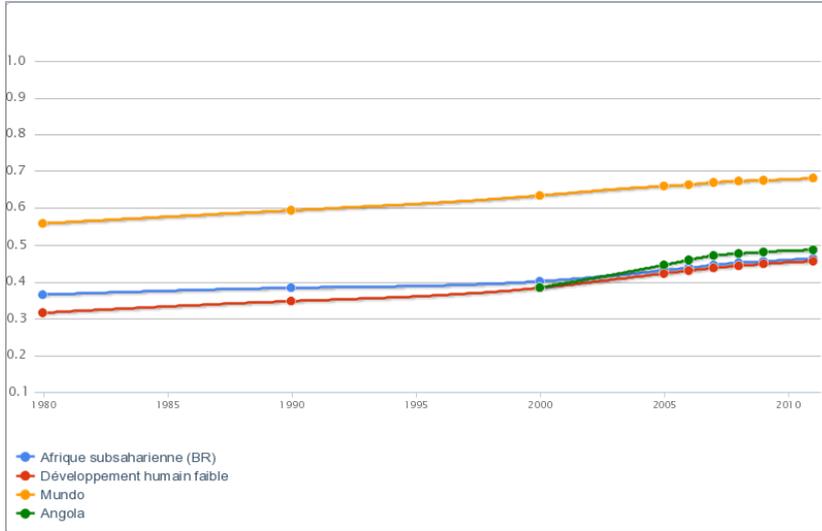
**Figura 1.3.** Esperanza de vida en diferentes regiones (Naciones Unidas, 2010)



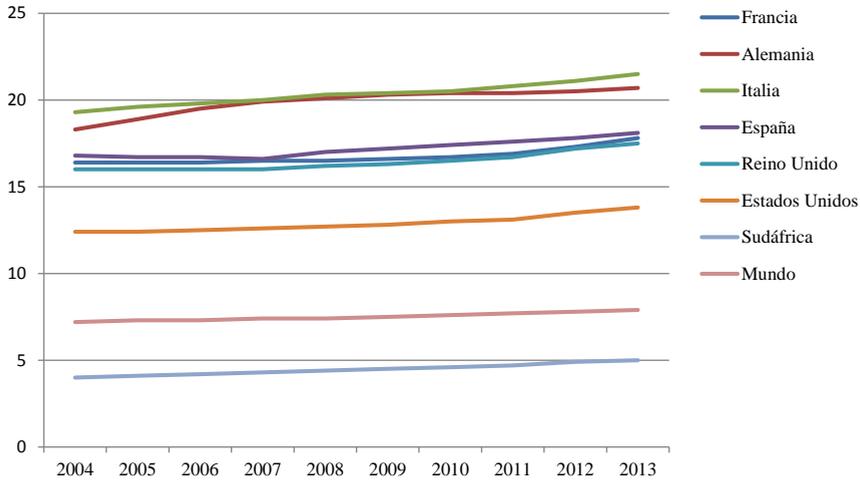
Entre los países en vías de desarrollo más castigados destacan los del continente africano, y más concretamente las regiones del sur de África, que tienen el mayor porcentaje de personas mayores de todo el continente (IMSERO, 2012). A su vez, de entre éstas destaca el caso de Angola, uno de los 45 países que forman el África Subsahariana. Se trata de uno de los

diez países con mayor Índice de Pobreza Multidimensional del mundo, cuya posición en la clasificación de Índice de Desarrollo Humano (IDH), medido éste en base a salud, educación e ingreso, es la 143, formando parte del grupo de países con desarrollo humano bajo (Naciones Unidas, 2011a). Sin embargo, sus previsiones de futuro son optimistas en este sentido, puesto que ya se puede observar el crecimiento de su IDH, superando la media regional de los países de la zona (Figura 1.4). Con aproximadamente 13 millones de habitantes, en Angola el 2.7% de la población tiene más 65 años. Con un porcentaje de personas mayores bastante modesto en comparación con otros países (Figura 1.5), la investigación sobre los procesos de envejecimiento aquí es muy limitada. No obstante, todo ello no hace más que acrecentar el interés y valor de la investigación en esta población concreta.

**Figura 1.4.** Índice de Desarrollo Humano (Naciones Unidas, 2011b)



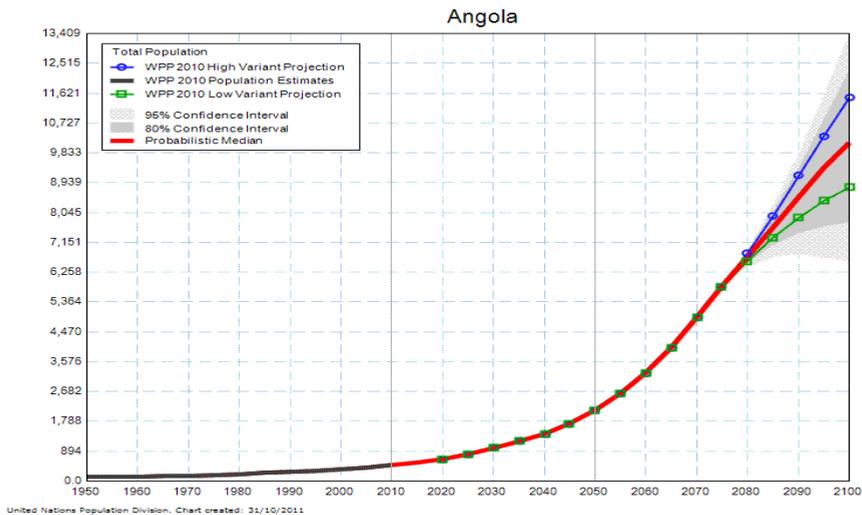
**Figura 1.5.** Porcentaje de personas mayores de 65 años en algunas regiones del mundo (Economic, Environmental and Social Statistics, 2010)



Durante las últimas décadas, los ciudadanos de Angola han sufrido numerosas guerras y conflictos que han durado, en conjunto, más de 40 años (Smith, 1997). De hecho, en la década de 1990 se libraron aproximadamente de 25 a 35 guerras dentro de las fronteras estatales (Gleditsch, Wallensteen, Eriksson, Sollenberg y Strand, 2002), en las que la mayor parte de las víctimas no eran combatientes (Wessells y Monteiro, 2006). Con total seguridad, los consecutivos conflictos bélicos que paralizaron el país durante tantos años, forman parte de la explicación de la carencia casi absoluta de investigación científica en personas mayores, entre otras franjas de edad. El hecho de que las personas mayores hayan vivido gran parte de

sus vidas inmersas en estos conflictos hace que se trate de una población de especial relevancia y con características singulares. Además, pese a que el número de personas mayores en esta región no es excesivamente elevado en comparación con otras, la previsión de crecimiento de población en Angola (Figura 1.6), junto con el aumento de la esperanza de vida, indican que el número de mayores aumentará en los próximos años.

**Figura 1.6.** Previsión de población mayor de 65 años en Angola (Naciones Unidas, 2010).



*Nota:* WPP = World Population Prospects.

En un mundo que envejece rápidamente, las personas mayores, cada vez más, juegan un papel crítico en la sociedad

(OMS, 2012b). Sin embargo, este papel sólo puede garantizarse si éstas disfrutan de adecuados niveles de salud, calidad y satisfacción de vida. Este hecho hace que los estudios en torno a estos constructos, en concreto, cobren una especial relevancia, especialmente en el contexto africano, a la luz de los datos aportados.

## 1.2. Teorías del envejecimiento

Las teorías del envejecimiento tienen una tradición muy larga en el pensamiento humano, que se remonta al menos a la epopeya de Gilgamesh<sup>1</sup> en Babilonia sobre el año 3000 ac. (Achembaum, 2009). Ya en escrituras hebreas o cristianas quedan plasmadas ideas sobre la sabiduría y el sufrimiento asociado a la vejez. Un clásico como Aristóteles fue el primero en codificar las teorías de la edad, quien atribuyó ciertos humores a las cuatro etapas de la vida. De este modo, las teorías actuales sobre el envejecimiento con éxito se remontan a los textos de los maestros del pasado como Coronaro, quien en 1557 ofreció un régimen para promover el envejecimiento saludable, que

---

<sup>1</sup> Gilgamés, es un personaje legendario de la mitología sumeria, protagonista del Poema de Gilgamesh, también llamado Epopeya de Gilgamesh por su género literario. En esta se cuentan sus aventuras y búsqueda de la inmortalidad junto a su amigo Enkidu.

consistía en el ejercicio, la dieta y la templanza (Bengtson, Gans, Putney y Silverstein, 2009).

El envejecimiento es el camino de la madurez a la vejez, fundamentado en cambios biológicos, intrínsecos, progresivos, universales y declinantes (Calvet, 1997). En la actualidad, la investigación en torno al proceso de envejecimiento se articula en la ciencia de la gerontología. Ésta nace en el siglo XX, cuando Michel Elie Metchnikoff acuña el término que hará referencia a la ciencia que estudia el envejecimiento. En torno a esta nueva ciencia surgen teorías que pretenden organizar y explicar este proceso. Concretamente, las teorías socio-gerontológicas se desarrollaron a partir de 1930 en Estados Unidos y, posteriormente, en Reino Unido, desde donde, aunque a un menor ritmo, se produjeron importantes contribuciones a la disciplina. No obstante, dado que la experiencia de envejecimiento es la intersección de procesos biológicos, sociales y psicológicos (Davidson, 2011), las teorías que han surgido en torno a éste se pueden encuadrar, del mismo modo, y siempre con interés clasificatorio, en teorías biológicas, teorías sociales y teorías psicológicas.

Con todo, y a pesar de las numerosas clasificaciones, se trata aún de teorías especulativas. Y es que, tal y como señala Hayflick (1999), resulta sencillo construir una teoría del envejecimiento si se cuenta con algo de información fundamental. Sin embargo, todas las teorías del envejecimiento

tienen una grave dificultad, “cualquier causa propuesta de envejecimiento puede ella misma ser también resultado de alguna otra causa más fundamental” (Hayflick, 1999, p. 300). Por tanto, para cada una de las teorías que más adelante se exponen hay que cuestionar, no sólo si se puede contrastar, sino si puede tratarse de una manifestación de un fenómeno aún más básico.

### **1.2.1. Teorías biológicas**

Todas las teorías sobre el envejecimiento asumen, de un modo u otro, un factor biológico (Yuste, Rubio y Alexander, 2004). En este sentido, las teorías biológicas estudian el proceso de envejecimiento, principalmente, desde una óptica causal, ofreciendo información que favorece la comprensión y definición de este complejo fenómeno, sus características, su asociación con enfermedades y su influencia en el tiempo máximo de vida (Belsky, 1996). La biología señala que el cuerpo está formado por células, capaces o incapaces de dividirse, y tejido conectivo intercelular, formado por proteínas fibrosas llamadas colágeno y elastina. La mayoría de los especialistas sostienen que son los problemas en las células los que provocan el envejecimiento. Sin embargo, este planteamiento no es compartido por toda la comunidad

científica, y algunos expertos sostienen que el problema nace en los cambios de la sustancia rica en colágeno, o en la acción de determinados factores o sustancias sobre las células. De este modo, existe un abundante número de teorías que se fundamentan en el aspecto más biológico de este complejo proceso.

Así, existen numerosas teorías que intentan explicar el envejecimiento desde un punto de vista más estrictamente biológico. Mervedev (1990) señala al respecto que posiblemente existen más de 300 teorías que tratan de explicar el envejecimiento desde esta perspectiva. Shock (1977) clasificó las teorías biológicas del envejecimiento en tres categorías: (1) *teorías del envejecimiento primario o programado*, que centran su atención en el genoma y postula que existe un plan genético sobre la vejez, siendo el ADN su elemento concluyente; (2) *teorías del envejecimiento secundario*, que contemplan la vejez como algo patológico y degenerativo debido al paso del tiempo; y (3) *teorías del envejecimiento terciario*, que señalan como causa de la vejez el ocaso de alguno de los mecanismos fisiológicos de control, tales como el sistema inmunitario o el neuroendocrino. Posterior a esta clasificación, Goldstein, Gallo y Reichel (1989) clasificaron las teorías biológicas de la vejez en dos categorías: estocásticas y no estocásticas.

En primer lugar, las *teorías estocásticas*, también llamadas de uso y desgaste, o teorías del envejecimiento al azar,

señalan como causa del envejecimiento la suma de ciertas alteraciones aleatorias acumuladas a lo largo de la vida. Por tanto, se asume que el envejecimiento es el resultado de la acumulación de daños ambientales. Estos daños van aumentando su potencial de forma progresiva a lo largo de la vida del individuo hasta que llegan a ser incompatibles con ésta. Los errores acumulados con el paso del tiempo en la capacidad de las células para producir proteínas serían la principal causa del envejecimiento y la muerte (Belsky, 1996, 2001). Los cambios físicos son el reflejo del deterioro acelerado del ADN, de la acumulación de errores, de proteínas defectuosas, en mal funcionamiento e, incluso, muertas. Esto ocasiona que, con el paso del tiempo las células perjudicadas o perdidas sean tan importantes para la vida que acaben causando el final de ésta.

Entre las teorías estocásticas destaca la *teoría de los radicales libres* (Harman, 1956) como una de las más importantes y de mayor impacto. Esta teoría señala que el envejecimiento es el resultado del perjuicio que los radicales libres tienen sobre los tejidos. Según sus postulados, los radicales generados durante el metabolismo son el factor primario de senescencia. Especies moleculares como el superóxido, el peróxido de hidrógeno y otros reactivos metabólicos al oxígeno pueden causar daños y modificaciones en el ADN y proteínas. Pese a que es necesaria mayor investigación al respecto, es conocido ya el daño que producen

los radicales libres en las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o el Alzheimer.

Dentro de esta misma categoría, la *teoría del error catastrófico* (Orgel, 1963) argumenta que la senescencia puede darse como resultado de un defecto que surge en la maquinaria encargada de la síntesis proteica. Tal error podría provocar una desregulación en numerosos procesos celulares, que determina el daño en la función celular. Las proteínas alteradas que se dan en la vejez aparecen como resultado de las modificaciones post-traumáticas. No obstante, se trata de una apelación intuitiva que no ha sido confirmada por evidencia experimental (Cristofalo, Tresini, Francis y Volker, 1999).

La *teoría del entrecruzamiento* señala que, con la edad, algunas proteínas (como por ejemplo, el colágeno) se van entrecruzando cada vez más, disminuyendo la permeabilidad y elasticidad del entorno celular, pudiendo impedir los procesos metabólicos, obstruyendo así el paso de los nutrientes y de los residuos hacia dentro y hacia fuera de las células. Se produce un desarreglo de la corriente de nutrientes hacia el interior de la célula, y una perturbación en la evacuación de desechos hacia el exterior. Esta teoría se basa más en razonamientos deductivos que en pruebas experimentales, ya que no existen pruebas suficientes de que el entrecruzamiento impida realmente los procesos metabólicos o sea la causa de la formación de moléculas defectuosas.

La *teoría del desgaste*, por su parte, explica el envejecimiento celular como resultado de la exposición a factores nocivos endógenos o exógenos que causan una creciente pérdida de capacidad de supervivencia. El envejecimiento y, posteriormente, la muerte, se da como resultado de la acumulación de daños. Entre los defensores de esta teoría destaca Hans Selye (1974), quien sostiene que el estrés agrava el proceso de desgaste. Sin embargo, algunos experimentos han demostrado que el desgaste a nivel molecular no tiene nada que ver con las causas fundamentales del envejecimiento o de sus efectos. Quizás esto no es envejecimiento propiamente dicho, sino más bien ofrece una explicación del porqué de la cascada de deterioro en los cambios fisiológicos que caracterizan a la senescencia.

En segundo lugar, las *teorías no estocásticas*, también llamadas teorías del envejecimiento programado, conciben el envejecimiento como un proceso predeterminado. Al contrario que las anteriores, para las teorías no estocásticas existe un plan general que cause la vejez y la muerte (Belsky, 1996). El proceso de envejecimiento no es más que una continuación del proceso de desarrollo, correspondiente a la última etapa de la vida. La vejez sigue un patrón específicamente programado y calculado. Existe una serie de procesos de envejecimiento que están programados innatamente dentro del genoma de cada organismo. El crecimiento y la maduración de los seres vivos

están controlados genéticamente. Esta programación genética del envejecimiento se ve apoyada por enfermedades como la progeria o la diferencia de esperanza de vida entre las especies.

Dentro de las teorías no estocásticas destaca la *teoría del marcapasos* o del reloj de envejecimiento (Burnet, 1974). Esta teoría propone que existen ciertos mecanismos, programados genéticamente, que pueden asegurar la fidelidad de la fisiología de un organismo sólo durante un período que consiste en el éxito reproductivo. Después de este período, los mecanismos pierden la función o se vuelven insuficientes para prevenir los procesos estocásticos, que resultan en la desregulación y la muerte (Cristofalo *et al.*, 1999).

También sobresale dentro de esta categoría, la *teoría de la mutación genética* (Curtis, 1961). Las mutaciones son cambios que se producen en los genes, que pueden ser beneficiosas o nocivas. De hecho, las mutaciones son el principal impulso de la evolución y la selección natural. No obstante, también las mutaciones son causa de gran parte de abortos espontáneos de embriones humanos. Esta teoría sostiene que, dado que las mutaciones genéticas tienen un papel protagonista en la creación y mantenimiento de la vida, también lo puede tener en los fenómenos del envejecimiento.

## 1.2.2. Teorías sociológicas

Puesto que el envejecimiento no se fundamenta únicamente en la evolución, y se puede demorar a través de actitudes cautelares, se puede afirmar que la personalidad, la familia, las actitudes, las creencias, los valores, etc., pueden incidir en dicho proceso. No se trata de un asunto aisladamente físico ni individual. Así, desde la sociología se distinguen dos perspectivas del curso de la vida (Dannefer, 2011): la biográfica y la institucional. La primera centra su estudio en trayectorias y transiciones que caracterizan las vidas individuales, mientras que la segunda se centra en el curso de la vida como parte de la estructura social y cultural, componente del sistema social. El proceso de envejecimiento puede entenderse en términos de relación entre individuos, su desarrollo en la sociedad y la interpretación de los eventos que acompañan a la vejez (Davidson, 2011). De este modo, el estudio del proceso de envejecimiento se acerca al paradigma biopsicosocial sobre el curso de la vida.

Entre la primera generación de teorías sociológicas destaca la *teoría de la desvinculación* (Muñoz y Alix, 2002). La teoría de la desvinculación/retraimiento nace en los años 50, aunque se populariza una década después, tras la publicación del trabajo de Cumming y Henry (1961). Esta teoría plantea que el proceso normal de envejecimiento se caracteriza por una

progresiva pero inevitable desvinculación de la sociedad, con una reducción de las interacciones sociales, como preparación a la muerte. Este proceso puede ser iniciado por la misma persona o por otras de su alrededor, siendo más marcada en el caso de ciertas relaciones sociales. Se trata, pues, de un retraimiento recíproco de la sociedad y del individuo, en el que el individuo deja de relacionarse con la sociedad y ésta, a su vez, le ofrece un menor número de posibilidades de todo tipo. Este hecho, muy asociado a la jubilación, se da de forma que las personas mayores dejan espacio a las nuevas generaciones, habilitando cierto espacio social para ello. Es una desvinculación recíproca y universal, en la que la persona se retira de la sociedad y esta última, por su parte, toma las responsabilidades de carácter económico, sanitario y social.

En contraposición a la teoría de la desvinculación surge la *teoría de la actividad* (Havighust y Albrecht, 1953), cuya premisa básica es que un envejecimiento adecuado se sustenta en el mantenimiento de actividades y actitudes sociales (Davidson, 2011). Esta teoría sostiene que las relaciones sociales e interpersonales se relacionan positivamente con la adaptación y la satisfacción con la vida de las personas mayores. De este modo, cobra especial importancia el sentimiento de utilidad, el estilo de vida activo y el desarrollo de nuevos roles que sustituyan a los perdidos. Si esta sustitución no se hace efectiva se da la anomia, en la que el individuo no tiene

propósito ni identidad, convirtiendo a la persona mayor en inadaptado y alienado. Por tanto, para que se dé un envejecimiento con éxito la sociedad ha de proveer de nuevos roles a las personas mayores.

La *teoría de la continuidad* (Atchley, 1969; Neugarten, 1964), por su parte, otorga especial importancia a la adaptación. Esta teoría sostiene que la última etapa de la vida del individuo no es más que una prolongación de los estadios anteriores. Se fundamenta en la evolución del individuo a lo largo de los estadios del desarrollo, en los que se adquieren nuevas habilidades, valores, hábitos, estilos o conductas que se mantendrán durante la vejez. De este modo, los roles desarrollados a lo largo de la vida facilitan la adaptación del individuo en el proceso de envejecimiento. Las personas mayores trabajan, durante la vejez, en el mantenimiento de sus estructuras y la consecución de objetivos y metas, existiendo una continuidad. Si esta continuidad no se da, aparece la inadaptación. Por tanto, la adaptación a la vejez está determinada por el pasado.

La *teoría de la modernización de las situaciones sociales* (Cowgil, 1974) señala que el estatus de las personas mayores y sus roles se degradan con el proceso de modernización social. Concretamente, este autor señala cuatro factores como responsables de la inferioridad de las personas que envejecen: (1) los avances tecnológicos en sanidad, que alargan la vida e

invierten la pirámide poblacional; (2) los avances técnicos del sistema, que requieren un nivel más elevado de conocimientos; (3) el abandono de zonas rurales hacia la ciudad y, en consecuencia, el desapego familiar; y (4) los progresos del sistema educativo, con un nivel de escolarización mayor que el de sus padres, que puede ocasionar una segregación intelectual. Cuando estos cuatro fenómenos se dan en una sociedad, las personas mayores quedan excluidas de una interacción social rica, ocasionando una ruptura intergeneracional.

Según la *teoría del entorno social* (Gubrium, 1973) la conducta de la persona mayor depende de su medio y, por tanto, de su comunidad, determinando así las tareas, actividades, adaptación y satisfacción de la persona. Algunos elementos del entorno social influyen de forma negativa en el proceso de envejecimiento, especialmente cuando se reduce el nivel de actividad de los individuos. De tal forma, los condicionantes sociales, tales como la atención sanitaria, la economía y el apoyo social en la senescencia, tienen incluso más fuerza que algunos factores biológicos.

Además de las anteriores, tres teorías más, coincidentes en numerosos puntos, destacan en sociología: la teoría de la subcultura, la teoría del grupo minoritario y la teoría de la estructuración social. La primera de ellas, *la teoría de la subcultura* (Rose, 1965) señala que las personas mayores interactúan más con las personas de su edad dada su

concordancia en rasgos, al mismo tiempo que se reduce la interacción con personas de otras edades. La *teoría del grupo minoritario* (Streib, 1965) afirma que las personas mayores se ven forzadas a integrarse en un grupo minoritario con rasgos negativos, asumiendo éstos e introproyectando tales ideas nocivas. La *teoría de la estratificación social* (Mishara y Riedel, 1986) postula que en toda sociedad los individuos se agrupan dadas diversas características, ejerciendo el conjunto cierta influencia sobre el grupo. Por razón de edad también se da esta estratificación, que aísla a las personas mayores y crea subgrupos y subculturas particulares. De este modo, cuanto menor es la participación de las personas mayores en la sociedad, mayor es la consciencia de grupo, entrando en un ciclo en el que a mayor inhibición mayor es el sentimiento de grupo.

### **1.2.3. Teorías psicológicas**

La psicología general aborda el estudio del envejecimiento desde el funcionamiento psicológico del individuo (Alix y Muñoz, 2002), desde la realidad física de envejecer, centrándose en aspectos comportamentales (Belsky, 1996, 2001). En este sentido, existen un cierto número de teorías que se ocupan de este particular. Entre las teorías psicológicas, destacan por excelencia el psicoanálisis y el conductismo. Es por esto que, a

menudo, se han utilizado estas dos corrientes para facilitar la comprensión en torno al proceso de envejecimiento. Desde una perspectiva más negativa, en el caso del psicoanálisis, con mayor importancia de los periodos iniciales de la vida, frente a los últimos. O, desde un punto de vista más positivo, con el conductismo, que señala la posibilidad de cambiar el comportamiento, incluso durante la vejez. Sin embargo, ninguna de las dos teorías ofrece una descripción específica de la última etapa de la vida, de la vejez. Así pues, se trata de utilizar los mismos principios generales del funcionamiento psicológico del ser humano, sea cual sea su edad. Quizás, es por esto que pueden ser las *teorías clásicas del desarrollo* las más destacadas entre las teorías psicológicas del envejecimiento. En este sentido, tanto Jung como Erikson, dos de los autores más destacados, ofrecen una perspectiva alternativa al psicoanálisis de Freud, desarrollando conceptos sobre personalidad específicos para la vejez.

Jung, antiguo entusiasta de Freud, basó su teoría de la etapa adulta en la perspectiva psicoanalítica del desarrollo humano. Sostiene que lo que es la persona adulta no es un simple reflejo de lo que fue durante la infancia. Según sus postulados, el presente y el futuro tienen una gran importancia. Se interesó especialmente en el desarrollo psicológico durante la segunda mitad de la vida, planteando el desarrollo del ser humano adulto como un proceso caracterizado por el

crecimiento y el cambio. Las personas son guiadas tanto por sus metas, como por sus experiencias pasadas, alcanzando su propio potencial mediante el esfuerzo. Para ello, las personas desarrollan su personalidad, formando un yo equilibrado e integrado. En este sentido, la persona puede aceptar e integrar todas las facetas de su personalidad, incluso las previamente negadas. Esto da lugar a la reorientación que durante la edad mediana y la vejez experimentan las personas, dándose una menor diferenciación entre géneros. De este modo, los hombres se vuelven más tolerantes hacia su componente femenino y viceversa en las mujeres. A medida que las personas van atravesando la mediana edad, han de marcarse nuevas metas y objetivos que les permite explorar y reflexionar sobre su mundo interior. La transición desempeña aquí un papel principal como proceso de preparación hacia la culminación de la vida.

Por su parte Erikson (1950, 1968), a diferencia del anterior, no destaca el futuro frente al pasado. Para este autor, durante el desarrollo el ser humano atraviesa ocho facetas, desde el nacimiento hasta la vejez. Por tanto, el pasado cobra mayor importancia desde este punto de vista. La persona ha de ir superando las crisis de cada estadio para dominar los problemas de un estadio posterior. Según este autor, se produce el desarrollo del ego como la parte del *self* que interactúa en y con el mundo real, a través del uso de procesos cognitivos. La sucesión entre facetas se debe tanto al desarrollo psicológico de

la persona, como a las expectativas sociales externas. Esta teoría describe los estadios desde el principio epigenético<sup>2</sup> (Zacarés y Serra, 1998), determinando ciertas leyes que rigen las relaciones fundamentales del desarrollo. Según Erikson, la crisis de desarrollo en la vejez se fundamenta en la integridad del yo vs. la desesperación. Las personas mayores realizan una mirada retrospectiva de su vida, de las experiencias propias, principalmente de las experiencias sociales. Pueden alcanzar la integridad del yo, superando el egoísmo y el interés personal, y aceptando su lugar en el orden de la vida, su pasado y el final de la vida. Así, los estadios de desarrollo son universales, pero la experiencia y el procesamiento característico de cada persona tienen un resultado único para cada individuo. Esta teoría ofrece una perspectiva más biopsicosocial del desarrollo humano, enfatizando el papel de los factores sociales y psicológicos frente a los determinantes biológicos.

Havighurst (1963), por su parte, trata los estadios como periodos de vida que presentan diferencias según la persona que los vive. El desarrollo se entiende como un proceso que dura toda la vida, no determinado únicamente de forma endógena,

---

<sup>2</sup> Pertenciente o relativo a la epigénesis (del griego epi, en o sobre, y génesis), término acuñado por Aristóteles en oposición a la concepción biológica preformacionista de Demócrito. Hace referencia a la doctrina según la cual los rasgos que caracterizan a un ser vivo se configuran en el curso del desarrollo, sin estar preformados en el huevo fecundado. Waddington (1939, 1942) propuso el término epigenética para definir la disciplina que estudia los factores no genéticos que intervienen en la determinación de la ontogenia.

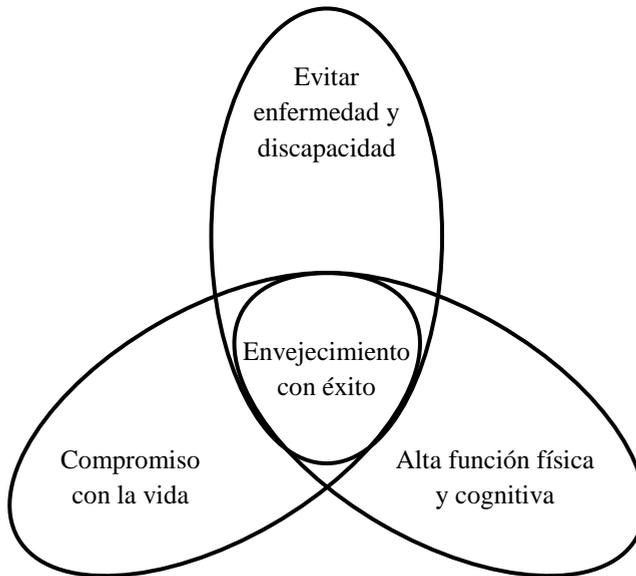
sino que es resultado de la interacción de la biología y el entorno. La transición a una edad avanzada desencadena una inestabilidad interna o externa. La jubilación, el nido vacío, la pérdida de seres queridos o las enfermedades propias provocan cambios en la situación vital capaces de crear desequilibrios, tanto psíquicos como físicos. De esta inestabilidad surge la importancia de dominar las tareas de desarrollo apropiadas en cada momento de la vida. Tareas de desarrollo que tienen su origen en la maduración corporal, en las normas culturales (expectativas de la sociedad) y en las expectativas y estimaciones individuales de los valores. De este modo, hace hincapié en el envejecimiento adecuado, definiéndolo como un estado interno de felicidad. El envejecimiento con éxito, la satisfacción y el gozo de vivir, depende principalmente de la superación de estas tareas. El fracaso en su desarrollo supondrá infelicidad, dificultades e, incluso, desaprobación social.

### **1.3. Envejecimiento con éxito vs. Envejecimiento armonioso**

El término *envejecimiento con éxito* surge con el propósito de contrarrestar la tendencia de la gerontología de diferenciar entre envejecimiento patológico y no patológico, es decir, entre las personas mayores con enfermedades y/o discapacidades y las

que no las sufren. La gerontología asume de forma implícita que, en ausencia de enfermedad o discapacidad se dan otras alteraciones propias de la edad en las funciones físicas y cognitivas que no conllevan ningún riesgo. En este sentido, Rowe y Kahn (1987) distinguen dos tipos de personas mayores no-enfermas: *usual*, que no sufre una patología pero tiene un elevado riesgo de padecerla; y *exitoso*, con bajo riesgo y un elevado nivel funcional. Estos autores señalan que el envejecimiento con éxito incluye tres componentes relacionados entre sí (Figura 1.7): baja probabilidad de enfermedad y enfermedad debida a discapacidad, alta capacidad cognitiva y física, y alto compromiso con la vida. El envejecimiento con éxito es más que la ausencia de enfermedad. Cada uno de los componentes del envejecimiento con éxito son importantes, no obstante, el compromiso con la vida representa el envejecimiento con éxito más plenamente.

**Figura 1.7.** Modelo de envejecimiento con éxito (Rowe y Kahn, 1997)

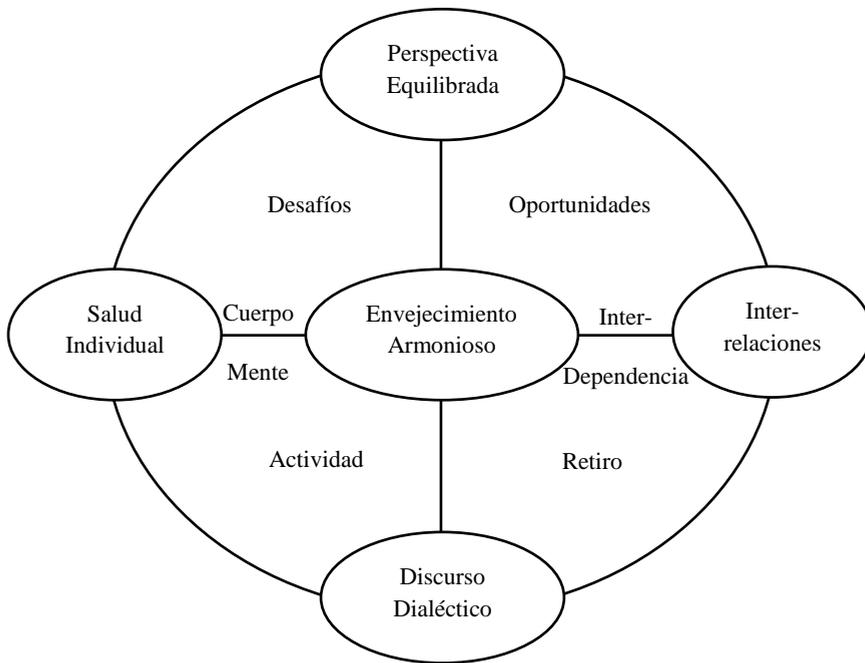


Cada uno de los componentes que forman este modelo de envejecimiento con éxito, a su vez, incluye sub-partes. En primer lugar, una baja probabilidad de enfermedad se refiere no sólo a la ausencia o presencia de enfermedad en sí misma, sino también a la ausencia, presencia o severidad de riesgo enfermedad. En segundo lugar, una alta función física y cognitiva incluye sus propios componentes referidos a las capacidades potenciales de actividad. En tercer lugar, el compromiso con la vida se puede entender de muchas maneras. El modelo de envejecimiento con éxito hace hincapié en las

relaciones interpersonales y las actividades productivas. Las relaciones interpersonales incluyen contactos y transacciones con otros, intercambio de información, apoyo emocional y asistencia directa. Una actividad es productiva si supone un valor para la sociedad. Este modelo de envejecimiento con éxito es el marco conceptual predominante en los estudios en torno a las personas mayores. Sin embargo, algunos autores sugieren que sería más conveniente dar un paso hacia el estudio del envejecimiento mediante un enfoque más integral, el llamado envejecimiento armonioso (Liang y Luo, 2012).

El *envejecimiento armonioso* (Figura 1.8) supone un intento de promover la exploración intelectual del significado de la vejez y la captación de diversidades culturales en el contexto del envejecimiento global. Esta nueva perspectiva pretende aumentar la conciencia de las debilidades del paradigma dominante actualmente de envejecimiento con éxito, señalando cuatro dimensiones problemáticas: (1) es discriminatorio por razón de edad, negando los inevitables cambios físicos que conlleva la edad y defendiendo un ideal poco realista; (2) enfatiza la cantidad de actividades y pasa por alto el importante aspecto que supone la calidad de éstas, algo crucial para el bienestar; (3) su componente capitalista y consumista de ser eternamente joven; y (4) está basado en los valores occidentales, no siendo aplicable a otras culturas.

**Figura 1.8.** Envejecimiento armonioso (Liang y Luo, 2012)



Frente a estos aspectos problemáticos, se plantea una perspectiva basada en la filosofía oriental (principalmente el taoísmo) de un equilibrio dinámico entre el ying y el yang, entre todas las esferas de la vida. Desde un punto de vista holístico, enfatiza tanto las fuerzas estructurales como la acción individual. En este sentido, cada persona tiene una interpretación única del significado de la vejez, de acuerdo a su localización en la matriz social, contexto cultural, tiempo y espacio. Se centra en la desarmonía entre cuerpo y mente. En las culturas occidentales el ejercicio físico y la salud mental se tratan, a menudo, de forma separada. Por el contrario, en las

culturas orientales el cuerpo y la mente se tratan de forma integrada, basándose en la creencia de que la paz mental puede ayudar a mantener el equilibrio en el sistema metabólico, reflejándose en la salud. Del mismo modo, en la cultura occidental se enfatiza la independencia frente a los valores colectivos y la interdependencia de la cultura oriental. En definitiva, el envejecimiento armonioso se puede definir como la actitud equilibrada hacia la vejez, la búsqueda de leyes naturales del propio cuerpo, manteniendo la tranquilidad de la mente, cultivando el sentido de armonía consigo mismo y de su alrededor, adquiriendo la sabiduría de manejar los cambios y haciendo adaptaciones de acuerdo a éstos.

En este sentido, el envejecimiento armonioso va más allá del envejecimiento con éxito, subrayando la coexistencia complementaria de cuerpo y mente, las relaciones familiares y sociales, y una perspectiva equilibrada de las oportunidades y desafíos de la vejez. Ofrece un marco más comprensivo, aunque menos normativo. La inclusión de conceptos como cuerpo y mente, actividad y contemplación, interdependencia, armonía intergeneracional y diversidad cultural pueden ser la esencia de este cambio de paradigma. Representa la salud (física y psíquica) y la identidad (coexistencia de la auto-imagen interna y externa) del envejecimiento individual como un concepto integral. Se trata de un argumento en contra de la batalla anti-envejecimiento a través del reconocimiento de la vejez por sí

misma. Es un discurso fundamentado en la naturaleza interdependiente del ser humano, que enfatiza la importancia de la armonía intergeneracional. La armonía es más un concepto basado en la re-cognición de la diferencia que en la uniformidad, por tanto, el envejecimiento armonioso subraya la diversidad de la experiencia del envejecimiento en términos de raza/etnia, género y estatus socio-económico. Y ya que la armonía es un concepto dinámico que abarca cambios, el envejecimiento armonioso puede captar los cambios a lo largo del curso de la vida.

## **1.4. Bienestar y calidad de vida**

La Organización Mundial de la Salud, define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2012c). De este modo, la salud se encuentra directamente relacionada con las diferentes formas de bienestar ya sea mental, social, subjetivo o psicológico, y con sus medidas. Por tanto, cuando se habla de salud, se habla de forma implícita de bienestar. Sin embargo, el término bienestar no tiene una concepción única, muchos autores señalan su carácter subjetivo y el papel de suma importancia que en él juega la percepción del individuo.

Alrededor de las concepciones de bienestar y de las variables que lo determinan, se han formulado una serie de teorías que van desde las que sostienen que la felicidad depende de la consecución de los objetivos, a las que fundamentan el bienestar en la teoría de la actividad. Otras teorías, cuyos principios se inspiran en la psicología, son las denominadas de *abajo-arriba* y de *arriba-abajo*. La primera explica el sentimiento de varios placeres (buena salud, recursos económicos, actividades sociales satisfactorias...) cuando la persona pasa revista mentalmente al conjunto de situaciones de placer o de insatisfacción. Esta teoría deduce que el bienestar es el resultado de una combinación entre la buena salud, suficiencia de recursos económicos y las buenas y frecuentes relaciones con los amigos. Por su parte, la teoría de arriba-abajo aduce que el sentimiento de bienestar proviene de una propensión del individuo a vivir los acontecimientos de forma positiva. Esta teoría concibe el bienestar como una predisposición del individuo a considerar ciertas circunstancias de la vida (salud, recursos económicos...) de acuerdo con los sentimientos que el propio sujeto experimenta (Alix y Muñoz, 2002).

Una de las concepciones más ampliamente aceptadas acerca del bienestar es la propuesta por Diener (1984), que distingue entre tres tipos de bienestar: (1) como atributo de la persona; (2) basado en criterios individuales que definen la

satisfacción vital; y (3) como consecuencia de experiencias afectivas positivas en contraposición a experiencias afectivas negativas. El bienestar psicológico es un constructo que cuenta con múltiples modelos teóricos a la base. Uno de los modelos de operacionalización del bienestar más empleado lo describe como la consecución del placer y el esfuerzo por la perfección que supone el conseguir la realización de las verdaderas potencialidades de cada persona (Ryff, 1995). Este modelo contempla el bienestar desde la perspectiva del ciclo vital, especialmente adecuado para el estudio en población mayor (Meléndez, Tomás y Navarro, 2008). Así, se plantean una serie de seis dimensiones necesarias para llevar a cabo una medición adecuada del constructo: autonomía, dominio del ambiente, crecimiento personal, relaciones positivas con otros, auto-aceptación y propósito en la vida. Las escalas compuestas por estas dimensiones han recibido bastante atención científica que se refleja en numerosas investigaciones (Abbott *et al.*, 2006; Clarke, Marshall, Ryff y Wheaton, 2001; Meléndez *et al.*, 2008; Meléndez, Tomás, Oliver y Navarro, 2009).

En las últimas décadas se ha ido acumulando una gran cantidad de investigaciones en torno al bienestar subjetivo (Diener, 1984; Diener, Oishi y Lucas, 2003; Pavot y Diener, 1993). En este contexto, el bienestar se concibe como el nivel de calidad de vida, grado en que el placer y la satisfacción protagonizan la existencia humana, y grado en que la gente

puede evitar las miserias (Andrews, 1974). Se suelen distinguir dos partes diferentes del bienestar subjetivo: una parte afectiva, por lo general dividida en afecto agradable y desagradable (Diener y Emmons, 1984), y un componente cognitivo, que se ha llamado la satisfacción con la vida (Andrews y Withey, 1976). Debido a que estos dos componentes han mostrado distintos comportamientos en el tiempo y con diferentes variables (Beiser, 1974; Dehaes, Pennink y Welvaart, 1987), pueden proporcionar información complementaria (Pavot y Diener, 1993).

La satisfacción con la vida hace referencia a un proceso cognitivo, proceso de juicio (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985), en el que la persona evalúa la calidad de vida de acuerdo a su criterio elegido (Shin y Johnson, 1978). Por lo tanto, la satisfacción vital es un juicio de conocimiento consciente, basado en la comparación de la vida con un estándar auto-impuesto o un conjunto de normas, que conducen a una evaluación global de la vida (Pavot y Diener, 1993).

De todo esto se desprende que el bienestar es un concepto complejo, relativo a la experiencia y funcionamiento óptimos (Ryan y Deci, 2001), y por lo tanto un posible indicador de la adaptación psicológica y el envejecimiento con éxito (Baltes y Baltes, 1990; Gow, Pattie, Whiteman, Whalley y Deary, 2007; Rowe y Kahn, 1997). Como tal, el bienestar y sus componentes proporcionan una estimación de la eficacia de las

políticas sociales con los mayores, como los programas de bienestar y el éxito de los tratamientos médicos. Por lo tanto, sus determinantes deben ser identificados de manera que se conozca más a fondo los mecanismos que hacen que las personas envejecen con bienestar y calidad de vida (Rowe y Kahn, 1997; Steverink y Lindenberg, 2006), algo de suma importancia si tenemos en cuenta el actual envejecimiento de la población.

#### **1.4.1. Factores sociodemográficos relacionados con el bienestar y la calidad de vida**

Son numerosos los estudios que exploran el bienestar de las personas mayores a través del efecto de diferentes variables socio-demográficas, como la edad, el género y la institucionalización, sobre la calidad de vida (Baltes y Smith, 2003; Beaumont y Kenealy, 2004; Clarke, Marshall, Ryff y Rosenthal, 2000; Walker, 2005). Esta literatura se ha centrado, en su mayoría, en dos macro-indicadores de la calidad de vida: la satisfacción con la vida y el correspondiente bienestar psicológico (Clarke *et al.*, 2000) y la salud y el funcionamiento óptimo (Beaumont y Kenealy, 2004). Así, autores como

Havighurst (1963) señalan que la satisfacción es un indicador de una buena adaptación al proceso de envejecimiento.

La literatura de referencia señala que el envejecimiento se asocia, entre otros problemas, a una reducción de los recursos financieros (Davidson, 2011). Este hecho conlleva, además, otros perjuicios puesto que los adultos mayores con bajos ingresos, menos riqueza, menos educación y un menor estatus laboral, tienen peor salud física, mayor discapacidad, menores niveles de salud relacionados con la calidad de vida, peor salud mental e índices más altos de mortalidad (House *et al.*, 1994; Luo y Waite, 2005; Robert et al, 2009).

Existe evidencia empírica del impacto de alguna de las variables bajo estudio sobre las condiciones de salud. En principio, la edad se ha asociado positivamente con el riesgo de fragilidad, incapacidad funcional, mala salud, comorbilidad, así como mayor uso de servicios médicos y medicamentos, especialmente entre los más mayores (Gwozdz y Sousa-Poza, 2010; Smith, Borchelt, Maier y Joop, 2002; Wyshak, 2003). Los efectos del género sobre la salud han mostrado, en general, que las mujeres informan de peor salud percibida, lo que también ocurre en mujeres mayores (Antonucci, *et al.*, 2002; Nygren *et al.*, 2005). Sin embargo, autores como Alix y Muñoz (2002) señalan que variables sociodemográficas como la edad, el sexo y la raza son poco o nada significativas respecto al sentimiento de satisfacción vital.

Por otra parte, también existe cierta evidencia empírica sobre el efecto que tiene en la salud encontrarse institucionalizado, y/o sobre cómo los empeoramientos de salud llevan a la institucionalización. En general, las personas mayores institucionalizadas informan de peores condiciones de salud (Noro y Aro, 1996). Naleppa (1997) describe diversos estudios en que tener malas condiciones de salud es el predictor más importante de la institucionalización de las personas mayores. También algunos estudios muestran que los niveles de actividad de los mayores institucionalizados son menores (Dickie, Ludwig y Blauw, 1979). No obstante, otras investigaciones son menos concluyentes, no mostrando diferencias significativas en las condiciones de salud en función de la institucionalización (Cava y Musitu, 2000), o incluso señalando mejor estado de salud y menos ansiedad en los mayores institucionalizados (Godoy-Izquierdo, Lara, Vázquez, Araque y Godoy, 2012).

La literatura especializada señala efectos positivos del estatus socio-económico y del nivel educativo sobre la salud (Deci y Ryan, 2008; Diener *et al.*, 2003). Oliver, Navarro, Meléndez, Molina y Tomás (2009), por ejemplo, encontraron una relación significativa entre el nivel educativo y la habilidad para realizar actividades de la vida diaria.

Por lo que respecta a la satisfacción vital, este indicador de calidad de vida ha sido profusamente empleado en estudios

con personas mayores, y existe bastante evidencia sobre su asociación con la edad a lo largo del ciclo vital (Gaymu y Springer, 2010; Ryan y Deci, 2001). En general, los estudios en población de países desarrollados muestran que la satisfacción vital permanece bastante constante a lo largo de la vida (Baltes y Smith, 2003). Sin embargo, parece que en el grupo de los muy-mayores se produce un declive acentuado (Gwozdz y Sousa-Poza, 2010; Kunzmann, Little y Smith, 2000; Smith, 2001; Smith *et al.*, 2002). En personas mayores, diversos estudios han encontrado un ligero descenso de la satisfacción vital a medida que avanza la edad (Berg, Hoffman, Hassing, McClearn y Johansson, 2009; Enkvist, Ekström y Elmståhl, 2012; Oliver *et al.*, 2009).

En cuanto a las diferencias en función del género, éstas han aparecido en algunos estudios con personas mayores (Enkvist *et al.*, 2012; Tomás, Oliver, Navarro, Meléndez y Molina, 2009), incluyendo interacciones significativas con viudedad (Berg, Hassing, McClearn y Johansson, 2006; Berg *et al.*, 2009), mientras que otros estudios no han encontrado evidencia de diferencias en función del género (Meléndez *et al.*, 2009).

Con respecto al estado civil, numerosos estudios han encontrado diferencias significativas, en concreto niveles bajos de satisfacción en viudos y viudas (Berg *et al.*, 2006; Enkvist *et al.*, 2012; Molina y Meléndez, 2006). Los hombres con mejor

salud y más éxito están casados (Gardner y Oswald, 2004). En contextos multivariados, se han encontrado interacciones significativas entre el estado civil y otras variables socio-demográficas, pero en general estas interacciones eran de baja magnitud (Berg *et al.*, 2006; Berg *et al.*, 2009; Meléndez *et al.*, 2009). De este modo, un matrimonio estable puede correlacionar positivamente con el envejecimiento satisfactorio (Vaillat y Mukamal, 2001). En este punto, cabe señalar que son las mujeres mayores las que tienen una mayor propensión a quedarse viudas y estar solas durante la vejez, como resultado de una aparente mejor dotación biológica que alarga su esperanza de vida y mayor propensión a casarse con hombres más mayores que ellas (Davidson, 2011).

La evidencia encontrada sobre las relaciones entre el nivel educativo y la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico muestra que éstas son sistemáticamente positivas, aunque con bajos tamaños del efecto (Enkvist *et al.*, 2012; Oliver *et al.*, 2009). Además, de forma más genérica, diversos estudios han demostrado que las desigualdades en educación, ingresos y ocupación pueden afectar a la salud (Herd, Robert y House, 2011).

Algunos estudios han encontrado evidencia de que los mayores institucionalizados suelen informar de menor satisfacción vital (Dickie *et al.*, 1979; Donenwerth y Peterson, 1992; Zamarrón y Fernández-Ballesteros, 2000). Más

recientemente, Sterns, Allen y Kahana (2011) han observado una relación entre las percepciones sobre los estresores de la institucionalización (por ejemplo, el control de la residencia o el vivir congregados) con el bienestar psicológico, en concreto, sobre su ánimo, entendido éste como indicador de la satisfacción con la vida. Contrariamente a estos estudios, Godoy-Izquierdo *et al.* (2012), estudiando diversos indicadores de bienestar en una muestra de mayores institucionalizados y no institucionalizados españoles, no encontraron diferencias en la felicidad de ambos grupos, aunque sí en bienestar psicológico y calidad de vida, entre otros, siendo mayores en los no institucionalizados.

Teniendo en cuenta todo lo anterior se puede afirmar que son muchas las variables que han mostrado su efecto o relación sobre el bienestar y la calidad de vida. No obstante, cabe hacer un apunte al respecto de la que, quizás, es la variable sociodemográfica más importante cuando se habla de personas mayores: la edad. Como ya se ha indicado, el envejecimiento poblacional supone uno de los mayores cambios económicos y sociales de la sociedad (Angelini, Cavapozzi, Corazzini y Paccagnella, 2012; von Faber *et al.*, 2001). Es más, en todos los países, dentro del segmento de personas mayores, la generación más mayor, también llamados *muy/más mayores*, *oldest old* o la *cuarta edad*, ha crecido más rápido que el segmento más joven de personas mayores (Gwozdz & Sousa-Poza, 2010). En este

contexto, el envejecimiento demográfico de la población mayor en sí mismo supone un gran problema, acumulando mucha investigación en los últimos años (Baltes & Smith, 2003; Gwozdz & Sousa-Poza, 2010; Walker, 2005). A este respecto, la literatura subraya el derecho de las personas de cuarta edad de vivir el final de sus vidas con dignidad (Smith, 2001) y, para ello es primordial conocer su bienestar en profundidad.

### **1.4.2. Dimensiones psicosociales influyentes en el bienestar y la calidad de vida**

A largo de los años, se han estudiado diversos factores psicosociales como posibles variables que influyen y/o predicen indicadores de calidad de vida, como son la satisfacción con la vida y la salud percibida.

Por una parte, y en cuanto a la satisfacción con la vida de las personas mayores, en los últimos años se ha llevado a cabo gran cantidad de investigación (Diener, 2000; Diener y Chan, 2011; Prieto-Flores, Moreno-Jiménez, Rojo-Pérez y Forjaz, 2012), prevaleciendo en ella el punto de vista que sugiere que las variaciones de la edad influyen muy poco en el nivel de satisfacción con la vida (Angelini *et al.*, 2012; Fujita y Diener, 2005; Hamarat, Thompson, Steele, Matheny y Simons, 2002).

Así pues, el cuerpo de evidencia empírica referida a los predictores de la satisfacción con la vida en la población mayor es cada vez mayor, y variables como el apoyo social (Gow *et al.*, 2007; Okabayashi, Liang, Krause, Akiyama y Sugisawa, 2004), la generatividad (Efklides, Kalaitzidou y Chankin, 2003; McAdams, Aubin y Logan, 1993; Villar, 2011), la autonomía (Meléndez *et al.*, 2009), el optimismo (Leung, Moneta y McBride-Chang, 2005; Lucas, Diener y Suh, 1996), o los rasgos de personalidad (Arrindell, Heesink y Feji, 1999; Kawada, Suzuki, Tsukioka e Iesaki, 2006) han emergido como constructos importantes a tener en cuenta.

Las redes sociales y el apoyo social han demostrado beneficiar el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida de las personas mayores en diversos estudios (Berg *et al.*, 2006; Bishop, Martin y Poon, 2006; Brown, Nesse, Vinokur y Smith, 2003; Chen y Short, 2008; Gow *et al.*, 2007; Inal, Subasi, Ay y Hayran, 2007; Li, 2005; Litwing y Shiovitz-Ezra, 2011; Okabayashi *et al.*, 2004; Theurer y Whister, 2010). Okabayashi *et al.* (2004), por ejemplo, encontraron en un estudio de población mayor, una relación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida, en la que el efecto del apoyo social en la satisfacción vital dependía de si los participantes tenían o no esposa. Berg *et al.* (2006), por su parte, en una investigación en una muestra de alemanes muy-mayores (*oldest old*), encontraron que la calidad de la red social explicaba el 20% y el 11% de la

varianza de la satisfacción con la vida de mujeres y hombres, respectivamente. Más recientemente, Gow *et al.* (2007) estudiaron la relación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida en una muestra de mayores. En esta investigación, la correlación entre estas variables fue de .25. En la regresión múltiple construida para predecir la satisfacción con la vida, la red social y los factores de apoyo dieron cuenta del 23% de la varianza de las puntuaciones en satisfacción vital. Así pues, estos resultados sugieren firmemente que el apoyo social produce beneficios en la satisfacción con la vida de las personas mayores.

Otro componente usualmente relacionado con la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico en la literatura sobre envejecimiento es la actividad del individuo, concebida como estatus funcional o la habilidad para desarrollar actividades autónomamente. La participación activa, el compromiso activo en la vida o la actividad forman parte del envejecimiento con éxito o envejecimiento óptimo descrito por Rowe y Kahn (1997) y, a su vez, este compromiso incluye actividad y apoyo social, y del envejecimiento armonioso de Liang y Luo (2012). Generalmente, los investigadores en el área del envejecimiento y la actividad han subrayado la importancia de comprender las creencias de auto-eficacia, puesto que éstas están relacionadas con la disminución o el mantenimiento de la calidad de vida percibida y de la

satisfacción vital (Fry, 2001), encontrándose efectos positivos de la actividad sobre el bienestar psicológico de las personas mayores (Everard, Lach, Fisher y Baum, 2000).

Muchos estudios ofrecen evidencia sobre cómo el desarrollo de tareas en los contextos familiares y sociales son importantes para la satisfacción con la vida en las personas mayores (Hilleras, Jorm, Herlitz y Winblad, 2001), así como tareas que incluyen componentes físicos (Menec, 2003). Por ejemplo, Meléndez *et al.* (2009) encontraron una correlación significativa y positiva entre la autonomía y la satisfacción con la vida cuantificada en .24, y entre el dominio del ambiente y la satisfacción vital valorada en .49. Además, estos autores relacionaron el Índice de Barthel, una medida de autonomía en la vida diaria, con la satisfacción con la vida, y encontraron una relación significativa de .38. En el contexto de la cuarta edad, Nilsson, Bernspang, Fisher, Gustafson y Löfgren (2007) encontraron evidencia sobre la hipótesis de que un mayor nivel de desarrollo de tareas estaba relacionado con un mayor nivel de satisfacción con la vida, cuantificando las correlaciones entre el ocio y la satisfacción con la vida en .34, y el desarrollo de actividades de la vida diaria en .31, con importantes tamaños del efecto.

Finalmente, la literatura sobre el desarrollo humano sugiere que la generatividad representa un sello distintivo de la madurez en los años adultos (Cheng, 2009; Hofer, Busch,

Chasiotis, Kärtner y Campos, 2008; Huta y Zuroff, 2007; McAdams *et al.*, 1993; Schoklitsch y Baumann, 2011; Villar, 2011). La generatividad, concebida principalmente como “la preocupación por establecer y guiar a la siguiente generación” (Erikson, 1963, p. 267), aparece como un predictor de la satisfacción con la vida en las personas mayores (Efklides *et al.*, 2003). De este modo, diversos estudios han intentado operacionalizar este efecto. Por ejemplo, McAdams *et al.* (1993) encontraron, en un estudio sobre las características generativas de una muestra de personas mayores de Illinois, una correlación de .35 entre la preocupación generativa y la satisfacción con la vida. Más recientemente, Efklides *et al.* (2003), en un estudio sobre personas mayores griegas, encontraron particularmente importante para la satisfacción con la vida la generatividad hacia los propios nietos. Este estudio cuantificó en .34 la relación entre la satisfacción con la vida y la generatividad. Menor ha sido la investigación realizada sobre el papel de la generatividad en la cuarta edad, siendo aún poco claro si este aspecto psicológico decrecerá, se mantendrá o incrementará en los últimos años de vida.

Así, mientras la perspectiva eriksoniana apuntaría hacia un nuevo estadio del desarrollo para las personas mayores, caracterizado por la integridad o la desesperanza (Erikson, 1982), la evidencia mencionada señala a lo que se ha llamado el *continuo de la generatividad*, que hace referencia a altos niveles

de compromiso y actividades concretas que unen a la gente mayor con las generaciones más jóvenes y su cuidado (Urrutia, Cornachione, Gaston, Farragut y Guzmán, 2009). De este modo, parece necesario seguir investigando para encontrar más evidencia sobre este tópico y su relación con la satisfacción con la vida.

La salud percibida, por su parte, se considera como un indicador del estado general de salud y de bienestar (Alix y Muñoz, 2002; Idler y Benyamini, 1997), y es visto como un complemento esencial de los indicadores tradicionales en los estudios de salud (Hunt *et al.*, 1980). Al respecto, existen pruebas sustanciales de su influencia positiva sobre la salud y, por extensión, sobre la satisfacción con la vida.

También numerosos estudios han intentado describir qué factores son los mejores predictores de la salud percibida en las personas mayores (Kirk-Sanchez, 2003; Nygren *et al.*, 2005). Por ejemplo, gran parte de la evidencia recogida subraya cómo el apoyo social y las redes sociales benefician la salud (Bishop *et al.*, 2006; Brown *et al.*, 2003; Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan y Winblad, 2000; Fried *et al.*, 2004; Gow *et al.*, 2007; Okabayashi *et al.*, 2004; Thanakwang, 2009; Theurer y Wister, 2010; Zunzunegui *et al.*, 2004). Por ejemplo, Brown *et al.* (2003) construyeron un modelo de regresión logística en el que recibir apoyo social tenía un efecto significativo en la predicción de mortalidad de la gente mayor, con un odds-ratio de 1.3.

Bishop *et al.* (2006), por su parte, estudiaron cómo el apoyo social influía sobre el deterioro, medido éste con instrumentos de enfermedad, medicación y salud general. En este estudio, apoyo social tuvo un efecto directo significativo y negativo sobre el deterioro ( $\beta = -.22$ ). Estudios más recientes también ofrecen evidencia de la importancia del apoyo social cuando se evalúan los estados de salud (Frick, Irving y Rehm, 2012).

La capacidad funcional o actividad de las personas mayores, al igual que ocurría con la satisfacción vital, también se ha relacionado significativamente con la salud percibida. Por ejemplo, en el estudio mencionado anteriormente de Everard *et al.* (2000) se encontraron, mediante un modelo de regresión jerárquica, efectos significativos de las actividades instrumentales, sociales y de ocio sobre la salud física, con coeficientes beta que oscilaban entre .19 y .30.

También la generatividad, en estudios como el ya mencionado de Efkliides *et al.* (2003), ha aparecido como un predictor de la salud en las personas mayores. En este estudio sobre mayores griegos se encontró que era muy importante para la salud percibida de los mayores la generatividad hacia los propios niños, siendo la correlación entre generatividad y salud percibida en comparación con otros de .17, y la relación entre generatividad y problemas de salud de -.15.

Tal como se ha expuesto, es abundante la investigación que se ha realizado sobre los predictores del bienestar psicológico de la población mayor, en concreto, en sus facetas de satisfacción con la vida y salud percibida. Sin embargo, pocos estudios han tenido en cuenta los diversos predictores conjuntamente, en un contexto multivariado.

## **1.5. Trabajos presentados**

El presente trabajo forma parte de una investigación realizada en Luanda (Angola), que se ha publicado y se sigue publicando en estos últimos años en revistas de impacto. Concretamente, se presentan siete artículos científicos, cuatro de ellos publicados y tres en proceso de revisión, en revistas de prestigio internacional que pueden enmarcarse dentro de tres objetivos de investigación:

### **(1) Validación de medidas en portugués para su uso en población mayor:**

- a. *Validación de la versión portuguesa de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra de personas mayores (Validating the portuguese version of the Satisfaction With Life Scale in an elderly sample).* Originalmente escrito en inglés, este artículo se encuentra publicado en la revista Social Indicators

Research (22 de Enero de 2012, páginas 1-10) que cuenta con un factor de impacto de 1.131, perteneciente al Cuartil 2 (Q2) en Ciencias Sociales, Interdisciplinar y Sociología.

- b. *La medida de la salud percibida en el proceso de envejecimiento: una validación de la Escala de Percepción de Salud (The measurement of perceived health in the ageing process: a validation of the Perceived Health Scale)*. Originalmente escrito en inglés, este artículo está en revisión en la revista Behavioral Psychology que cuenta con un factor de impacto de 0.683, perteneciente al Cuartil 4 (Q4) en Psicología y Clínica.

**(2) Estudio de factores sociodemográficos de las personas mayores de Angola:**

- a. *Percepción de Calidad de Vida en una muestra de ancianos angoleños*. Originalmente escrito en castellano, este artículo está aceptado para su publicación (en prensa) en 2013 en la Revista de Psicología Social, que cuenta con un factor de impacto de 0.500, perteneciendo al cuartil 4 (Q4) en Psicología y Social.
- b. *Variables sociodemográficas y envejecimiento con éxito en personas mayores angoleñas (Sociodemographic variables and successful ageing of the Angolan elderly)*. Originalmente escrito en inglés,

este artículo está en revisión en la revista *Advances in Life Course Research*, que tiene un factor de impacto de 1.346, perteneciendo al Cuartil 1 (Q1) en Ciencias Sociales e Interdisciplinar.

**(3) Modelos explicativos de la salud percibida, la satisfacción vital y la calidad de vida en personas mayores de Angola:**

- a. *Prediciendo la salud percibida en personas mayores angoleñas: el efecto moderador de ser más mayor (Predicting perceived health in Angolan elderly: the moderator effect of being oldest old)*. Originalmente escrito en inglés, este artículo está publicado en 2012 en la revista *Archives of Gerontology and Geriatrics* (Volumen 55, páginas 605-610), que cuenta con un factor de impacto de 1.452, perteneciendo al cuartil 3 (Q3) en Geriatria y Gerontología.
- b. *Prediciendo la satisfacción vital en personas mayores angoleñas: un modelo estructural (Predicting life satisfaction of the Angolan elderly: A structural model)*. Originalmente escrito en inglés, este artículo está publicado en 2012 en la revista *Aging & Mental Health* (Volumen 17, páginas 94-101), que cuenta con un factor de impacto de 1.368, perteneciendo al Cuartil 2 (Q2) en Gerontología.
- c. *Prediciendo la satisfacción con la vida en las personas más mayores: un estudio de efectos de moderación (Predicting life satisfaction in the oldest-*

*old: a moderator effects study*). Originalmente escrito en inglés, este artículo está en revisión en la revista *Social Indicators Research*, que cuenta con un factor de impacto de 1.131, perteneciente al Cuartil 2 (Q2) en Ciencias Sociales, Interdisciplinar y Sociología.

### **1.5.1. Validación de la versión portuguesa de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra de personas mayores (Sancho, P., Galiana, L., Gutiérrez, M., Francisco, E. H. y Tomás, J. M.)**

La satisfacción vital hace referencia a un proceso cognitivo, a un proceso de juicio en el que la calidad de vida de las personas está evaluada de forma global de acuerdo a unos criterios elegidos por él/ella. Así, la satisfacción vital es un juicio cognitivo consciente, basado en la comparación de una vida con un estándar autoimpuesto o un conjunto de normas, que conducen a una evaluación global de la vida. Entre las numerosas escalas desarrolladas para medir la satisfacción vital, la Escala de Satisfacción con la Vida es una de las escalas de satisfacción de vida global más utilizada en el área de investigación. Está compuesta por cinco ítems que evalúan de

forma global la satisfacción vital, utilizando un formato tipo Likert de respuesta. El objetivo de este trabajo es la validación de la versión en portugués de la Escala de Satisfacción con la Vida mediante Análisis Factorial Confirmatorio, en una muestra de 1003 personas mayores de Angola. Se presentan estimaciones tanto de la fiabilidad como de la validez diferencial y criterial. Los resultados muestran que la escala cuenta con un factor, con índices de fiabilidad satisfactorios y una adecuada validez criterial, cuando se evalúa en una muestra de personas mayores de Angola. En la discusión se presentan los resultados en relación a la literatura existente al respecto, así como las contribuciones de este trabajo. Ofrece al contexto investigador de satisfacción vital en habla portuguesa, una medida breve de auto-percepción de satisfacción con la vida, con adecuadas propiedades psicométricas, validez y fiabilidad. Además, se trata de la primera validación confirmatoria de esta escala en portugués, en personas mayores.

### **1.5.2. La medida de la salud percibida en el proceso de envejecimiento: una validación de la Escala de Percepción de Salud (Sancho, P., Gutiérrez, M., Galiana, L., Tomás, J. M. y Oliver, A.)**

La percepción de salud puede ser definida como un indicador de salud general y bienestar, siendo uno de los indicadores más extensamente utilizado en gerontología. Existen numerosos instrumentos de medida de la percepción de salud. Entre ellos, en contexto español, la Escala de Percepción de Salud es un instrumento breve, especialmente diseñado para ser utilizado en población mayor. El objetivo de este estudio es ofrecer evidencia de la validez y la invarianza factorial de la escala, tanto en contexto portugués como español. Para ello, se utilizaron dos muestras de personas mayores, una de Angola y otra de España. Los resultados muestran que esta escala es un instrumento fiable y válido para ser utilizado en estudios de personas mayores, siendo invariante a través de las versiones. La discusión relaciona los resultados con la literatura y postula las contribuciones de este artículo.

### **1.5.3. Percepción de Calidad de Vida en una Muestra de Ancianos Angoleños (Gutiérrez, M., Tomás, J. M., Sancho, P., Galiana, L. y Francisco, E. H.)**

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población han hecho particularmente importante la diferenciación entre personas mayores (generalmente, de 60 a 79 años) y personas más mayores (de 80 años o más). Este estudio explora el efecto de la edad, del género y de la institucionalización sobre la salud percibida y la satisfacción con la vida, en 1003 personas mayores de Luanda (Angola). Se estimó un modelo de análisis de varianza multivariante (MANOVA) para evaluar estos efectos. Los resultados ofrecen evidencia de puntuaciones más bajas en satisfacción con la vida y salud percibida para los más mayores y para las personas institucionalizadas. Sin embargo, la mayor satisfacción vital que presentan los no institucionalizados desaparece cuando llegan a la cuarta edad. No se observan diferencias en función del sexo, aunque sí se observó una ligera caída de la satisfacción con la vida en las mujeres mayores de 80 años.

#### **1.5.4. Variables sociodemográficas y envejecimiento con éxito en personas mayores angoleñas (Galiana, L., Gutiérrez, M., Sancho, P., Francisco, E. H. y Tomás, J. M.)**

La proporción de personas mayores está creciendo más rápido que cualquier otro grupo de edad. Entre ellos, el grupo de edad de los más mayores es, de hecho, el segmento de población mayor con la tasa más alta de crecimiento. El incremento de la proporción de personas mayores en Angola crea la necesidad de este tipo de investigación. Dentro del marco teórico del envejecimiento con éxito, el objeto de estudio es examinar las diferencias por grupos socio-demográficos en salud percibida, satisfacción de vida y relaciones sociales en personas mayores de Angola. Las variables dependientes pues, son tres de los componentes del envejecimiento con éxito. Los datos proceden de una encuesta transversal de personas mayores que viven en Luanda (Angola). 1003 personas mayores fueron encuestadas en relación a información socio-demográfica, salud percibida, satisfacción vital y apoyo social. Se calcularon MANOVAs para evaluar las diferencias entre medias en las variables dependientes. Los resultados permiten concluir que la edad (concretamente los llamados más mayores) y la

institucionalización se asocian a mayores diferencias en calidad de vida y relaciones sociales. Las interacciones de varios factores con la edad apuntan a que las personas más mayores son, claramente, el grupo con más decremento en calidad de vida debido a la mayor ancianidad, sin compensación de otros factores, como ocurre en el grupo de mayores más jóvenes.

### **1.5.5. Prediciendo la salud percibida en personas mayores angoleñas: el efecto moderador de ser más mayor (Tomás, J. M., Gutiérrez, M., Sancho, P. y Galiana, L.)**

El objetivo de este trabajo es examinar el valor predictivo del apoyo social, la percepción de dependencia/actividad y la generatividad, en relación a ciertas facetas del bienestar, controlando por indicadores socio-demográficos (edad, género, estado civil e institucionalización). Este trabajo trata de extender la literatura previa a un contexto multivariado, estudiando los efectos diferenciales de estas variables en personas mayores más jóvenes y más mayores, ofreciendo evidencia en un contexto escasamente estudiado de población angoleña. La muestra está compuesta por 737 personas mayores más jóvenes y 266 más mayores. Para ello, se construye una regresión jerárquica en la

que, entre los diferentes predictores, se incluyen los efectos de las interacciones entre la edad y los factores psicosociales. Los resultados ofrecen evidencia de diferencias cualitativas en percepción de salud y bienestar, entre las personas mayores más jóvenes y más mayores. Cuando se predice la percepción de salud en personas más mayores angoleñas, los factores psicosociales pierden mucha importancia, y la edad por sí misma, y las limitaciones que la acompañan, parecen ser el punto clave.

### **1.5.6. Prediciendo la satisfacción vital en personas mayores angoleñas: un modelo estructural (Gutiérrez, M., Tomás, J. M., Galiana, L., Sancho, P. y Cebrià, M. A.)**

La satisfacción vital tiene un interés particular en el estudio del bienestar en personas mayores puesto que se presenta como un componente importante de éste. Existe un número considerable de investigaciones que tratan de explicar la satisfacción de vida en las personas mayores, con una creciente evidencia empírica sobre los mejores predictores. Esta investigación evalúa algunas variables del proceso de envejecimiento, en la satisfacción vital de personas mayores angoleñas, controlando estadísticamente la

percepción de salud. Los datos para este estudio provienen de una encuesta transversal de personas mayores que viven en la capital de Angola, Luanda. 1003 personas mayores de Angola fueron encuestadas sobre información socio-demográfica, salud percibida, envejecimiento activo, apoyo social, generatividad y satisfacción vital. Se especificó un modelo MIMIC para poner a prueba el poder predictivo de las variables en satisfacción con la vida. El modelo teórico estimado presentó un buen ajuste con los datos. Los principales predictores fueron los relativos a variables relacionadas con el apoyo social. La salud percibida también tuvo un efecto significativo y positivo en la satisfacción con la vida. Ambos procesos juntos pueden predecir la satisfacción de vida en la población mayor de Angola, y la varianza explicada es lo suficientemente grande como para ser considerado relevante. El factor clave asociado a la satisfacción con la vida parece ser el apoyo social.

### **1.5.7. Prediciendo la satisfacción con la vida en las personas más mayores: un estudio sobre efectos de moderación (Tomás, J. M., Sancho, P., Gutiérrez, M. y Galiana, L.)**

El envejecimiento demográfico de la población mayor se ha revelado como un problema de alcance en los últimos años,

acumulando un importante número de investigaciones. En este contexto, mucha de esta investigación ha girado en torno a la satisfacción vital de las personas mayores. Sin embargo, pocas investigaciones han estudiado los predictores cuando se controlan algunos factores, como la edad, el género y la percepción de salud. Y también pocos estudios comparan estos efectos entre la población de mayores más jóvenes y más mayores. Por tanto, el propósito de este estudio es evaluar, en un contexto multivariado, el efecto predictivo de medidas del apoyo social, la percepción de dependencia/actividad y la generatividad en la satisfacción vital, cuando se controla por la edad, el estado civil, el nivel educativo, el género y la percepción de salud, examinando las similitudes y diferencias entre las personas mayores más jóvenes y más mayores, en una poco estudiada población, las personas mayores de Angola. La muestra estuvo formada por 1003 participantes, 737 eran mayores más jóvenes y 266 eran más mayores. Para poner a prueba el efecto, se estimó una regresión jerárquica en la que, entre los diferentes predictores, se incluyeron los efectos de la interacción. Los resultados ofrecen apoyo a la división entre más jóvenes y más mayores, que se caracterizan por patrones diferentes en bienestar, con el apoyo social como mayor predictor de la satisfacción vital en la vejez.

## 1.6. Justificación/aportación

La vejez es una realidad social a la que se debe prestar especial atención. Todo ser humano tiene dos opciones: morir joven o hacerse viejo. Sin embargo, aún en la actualidad, cuando las pirámides poblacionales experimentan metamorfosis impactantes, el envejecimiento se contempla como una realidad que afecta solamente a una parte de la población. Más que una mera variable descriptiva, la vejez se contempla como algo ajeno, que provoca reacciones negativas. Frente a este hecho, su carácter de universalidad forma parte del interés que suscita, siendo protagonista de innumerables trabajos de investigación.

Al margen de la universalidad, Moragas (1991) destaca entre las razones que explican este interés (1) *la demografía*, el envejecimiento de la población y la perspectiva de aumento de éste con el paso de los años; (2) *la economía*, el peso sobre los recursos de un país que tiene el hecho de contar con un elevado número de población pasiva, frente a un número relativamente reducido de población activa; (3) *la política*, los programas políticos suelen incluir la atención a las personas mayores como parte creciente de votantes; y (4) *la opinión pública*, que presta una especial atención a las acciones dirigidas a mejorar la vida de las personas mayores. Así, destaca el papel de las políticas sociales entre los intereses sobre la vejez y el proceso de envejecimiento. La necesidad de fomentar la salud, la actividad

y la productividad en el envejecimiento es uno de los motivadores más fuertes de las políticas sociales dirigidas a este colectivo en concreto (Wait, 2011).

Son muchas las áreas en las cuales se centran las políticas sobre envejecimiento (salud, cuidado social, pensiones, nivel de ingresos, derechos humanos, inclusión social, desarrollo comunitario, educación...). Sin embargo, a pesar del gran número de acciones aprobadas a lo largo de los años y de la geografía, la vejez continúa siendo una de las asignaturas pendientes de todos los países del mundo. Existen numerosas diferencias entre los desafíos a enfrentar en el proceso de envejecimiento en países desarrollados y no desarrollados. Los países desarrollados tradicionalmente muestran una mayor importancia por los sistemas de protección social, mientras que los países subdesarrollados o en vías de desarrollo enfrentan, de forma simultánea, los desafíos del proceso de envejecimiento y los del progreso (Wait, 2011). Así, mientras en los países más desarrollados las necesidades de atención se centran más en aspectos sociales y psíquicos, en los países en vías de desarrollo se trata más de necesidades asistenciales, dejando en un segundo plano aspectos más psicosociales del proceso de envejecimiento (Moragas, 1991).

El envejecimiento de la población que se ha producido en las últimas décadas, representa el mayor logro social como muestra de progreso y mejora de la condición humana (Wait,

2011). No obstante, es erróneo asumir que el envejecimiento de la población se ha producido sólo en los países más ricos. De hecho, en los últimos 50 años, gran parte del aumento de la longevidad se ha dado en países pobres, y no en países desarrollados. Obviamente, existen lagunas en la información que estos países pueden ofrecer acerca de datos oficiales con respecto al promedio de esperanza de vida. Sin embargo, la falta de investigación y de datos oficiales no hace más que incrementar el interés sobre la vejez en países en vías de desarrollo como Angola.

El proceso de envejecimiento, y las teorías relacionadas, han protagonizado un gran número de investigaciones en el mundo occidental. Sin embargo, son raras las investigaciones que a este respecto se han hecho en otros países. En este sentido es importante tener en cuenta que la cultura es el modo de vida de una sociedad (Jary y Jary, 1991). Tanto es así que, autores como Sokolovsky (1997) señalan la necesidad de estudiar el proceso de envejecimiento de una forma culturalmente apropiada, puesto que cada cultura crea un sistema perceptivo a través del cual se desarrolla una versión particular de la realidad. De ahí la importancia de estudiar el impacto que tienen las diferencias étnicas y culturales en el proceso de envejecimiento y en las personas mayores. La investigación en torno al proceso de envejecimiento en contextos menos estudiados es particularmente necesaria por permitir planificar, monitorizar,

evaluar políticas, y contribuir a su desarrollo efectivo. Las acciones políticas eficaces han de basarse en investigaciones científicas que ofrezcan una perspectiva oficial de la situación (Moragas, 1991). Además, este tipo de trabajos ofrece la oportunidad de concienciar sobre temas del envejecimiento, la percepción pública de las personas mayores y sus diferencias alrededor del mundo y de las culturas (Wait, 2011). Todo ello, aún más si cabe, en países en vías de desarrollo con una tradición realmente pobre en investigación.



## **2. MÉTODO**



## 2.1. Procedimiento y participantes

El primer paso consistió en solicitar los oportunos permisos al Ministerio de Asuntos Sociales y de Reinserción Social angoleño para realizar la presente investigación. Seguidamente, se contactó con las instituciones de la ciudad de Luanda (residencias y centros de día dependientes del Estado, de ONGs o de órdenes religiosas) que son los lugares donde se encontraba la mayor parte de la muestra estudiada, para explicarles la investigación y solicitar su colaboración. Algunos de los ancianos que vivían con la familia o solos, contactados a partir de estas instituciones, fueron visitados en sus propios hogares.

Los participantes completaron la encuesta en pases que duraban unos 30 minutos. Aquellas personas mayores cuyo estado físico y/o cultural no les permitía completar la encuesta de forma auto-administrada, se les pasó mediante entrevistadores entrenados al efecto. Participaron 1003 ancianos localizados en Luanda (Angola), de los cuales 656 eran mujeres y 347 hombres, todos ellos de edades comprendidas entre 60 y 90 años. La selección de la muestra tiene un eminente carácter incidental, si bien se intentó recurrir a todos los tipos de instituciones que trabajan con personas mayores de la ciudad.

Se consideraron como variables sociodemográficas la edad, el género, el nivel académico, el estado civil y la

residencia. La información descriptiva sobre las diferentes variables socio-demográficas se presenta en las Tablas 2.1, 2.2 y 2.3, a continuación.

**Tabla 2.1.** Distribución de los participantes según la edad y el género

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
60-69	108	10.8	282	28.1	390	38.9
70-79	141	14.1	206	20.5	347	34.6
80-90	98	9.7	168	16.8	266	26.5
Total	347	34.6	656	65.4	1003	100.0

**Tabla 2.2.** Distribución de los participantes según la edad y el estado civil

Edad	Solteros		Viudos		Casados	
	n	%	N	%	n	%
60-69	31	3.1	265	26.4	94	9.4
70-79	116	11.6	206	20.5	25	2.5
80-90	16	1.6	244	24.3	6	0.6
Total	163	16.3	715	71.2	125	12.5

**Tabla 2.3.** Distribución de los participantes según el nivel académico y el género

Nivel	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	N	%	n	%
Básico	107	10.7	333	33.2	440	43.9
Medio	165	16.5	242	24.1	407	40.6
Superior	75	7.5	81	8.1	156	15.5
Total	347	34.7	656	65.4	1003	100.0

El 76.3% vivían en residencias de ancianos, el 18.6% con sus familias y el 5.1% vivían solos.

Además de esta muestra, que es la base de esta investigación, uno de los trabajos que aquí se presentan hace uso de una muestra de personas mayores españolas, que ayuda a enriquecer ese estudio en concreto. Los datos se obtuvieron mediante un diseño de encuesta transversal de personas mayores residentes en Valencia (España). Se trata de una muestra incidental, formada por 224 personas, que completaron la encuesta en, aproximadamente, 30 minutos. Todos los instrumentos fueron autoadministrados. Sin embargo, se utilizaron entrevistadores entrenados cuando la autoadministración fue difícil o imposible, debido a la edad y/o al nivel cultural. Los participantes vivían con sus parejas (45.2%), con sus hijos (23.5%), solos (21.7%) o con otras personas (9.5%). El 61.2% eran mujeres. El rango de edad iba de 60 a 102 años (Media = 73.06, DT = 7.6). El 55.3%

estaban casados, el 29.9% eran viudos, el 9.8% eran solteros y el 4.9% estaban divorciados o separados.

## **2.2. Instrumentos**

Para alcanzar los diferentes objetivos que guían esta investigación, se recogieron datos socio-demográficos de los participantes del estudio. Más concretamente, el género, el estado civil, el nivel educativo, si estaban institucionalizados o no y la edad. Con respecto a este último dato, y pese a que en primera instancia se registró la edad de forma cuantitativa, para alguno de los estudios se categorizó de 60 a 79 años *vs.* 80 años o más. Esta categorización en dos subgrupos responde al interés cualitativo de estudiar las diferencias entre las personas más mayores (un segmento en crecimiento en la población) y las más jóvenes. Diversos son los criterios que se han empleado como punto de corte para diferenciar esta cuarta edad. La Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, ha utilizado el de 85 años o más. Sin embargo, también es frecuentemente utilizado el punto de corte de 80 años o más, por ejemplo, en el Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE, 2012). Dado que Angola tiene una esperanza de vida de 51 años para hombres y 53 para mujeres, mucho menor que la de los países de Occidente, parece lógico utilizar un punto de corte

relativamente bajo.

Además de los datos socio-demográficos ya mencionados, para el desarrollo del estudio se utilizaron diversos instrumentos de medida de variables psicosociales.

*Escala de Percepción Subjetiva del Envejecimiento.* Se ha utilizado la escala de la que son autores De Gracia, Garre y Marcó (1999), denominada en inglés *SAPS (Subjective Aging Perception Scale)*, que mide la percepción que tienen del envejecimiento las propias personas mayores. Una primera validación mostró el carácter multidimensional de esta escala, compuesta por cuatro factores específicos: autoconcepto físico (ej.: “*Creo que para la edad que tengo me encuentro muy en forma*”), percepción subjetiva del tiempo (ej.: “*Siento que paso la mayor parte del día sin hacer nada*”), percepción subjetiva de las relaciones sociales (ej.: “*Tengo una buena relación con mis familiares más cercanos*”), y autoconcepto cognitivo (ej.: “*Creo que tengo la misma agilidad mental que antes*”). En un segundo estudio, De Gracia, Garre, Marcó y Monreal (2004) sometieron esta escala a un Análisis Factorial Confirmatorio y obtuvieron los siguientes factores: auto-concepto físico (ítems 1, 5, 9), percepción subjetiva de las relaciones sociales (ítems 3, 7, 11), auto-concepto cognitivo (ítems 4, 8, 12) y percepción subjetiva del tiempo (ítems 2, 6, 10). Estos cuatro factores mostraron índices satisfactorios de consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach superiores a .90. El instrumento está diseñado

para que los participantes respondan en una escala tipo Likert de siete puntos, desde (1) *Totalmente en desacuerdo* hasta (7) *Totalmente de acuerdo*.

Además de la escala descrita y sus factores, se emplearon dos de sus ítems para evaluar el apoyo social, creando un indicador de adecuación percibida de las relaciones sociales. Los indicadores utilizados fueron “*Tengo buena relación con mis familiares más cercanos*” y “*Creo que la relación con mis amigos es buena*”. El alfa de Cronbach del indicador para esta muestra fue de .72.

*Escala de Percepción de Control*. Desarrollada por Eizenman, Nesselroade, Featherman y Rowe (1997), con el nombre original *Perceived Control Scale*, esta escala evalúa la percepción de control individual. Está compuesta por ocho ítems con una escala de respuesta de cuatro puntos, con adjetivos anclados. La escala de respuesta de los ítems va desde 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 4 (*totalmente de acuerdo*), con el ítem 1 y 3 como invertidos. El alfa de Cronbach para este estudio fue de .71.

*Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener *et al.* 1985). Según Pavot y Diener (1993), la Escala de Satisfacción con la Vida (*Satisfaction With Life Scale*) fue desarrollada para medir la satisfacción de las personas con la vida en sentido global. Esta escala no mide satisfacción con determinados dominios de la

vida como la salud o las finanzas, pero permite a las personas integrar y evaluar estos aspectos en cualquier sentido que elijan. Estudios realizados con esta escala han mostrado buena validez convergente con otras escalas y con otros tipos de medida del bienestar subjetivo. La Escala de Satisfacción con la Vida ha mostrado una estabilidad razonable en el tiempo, a la vez que suficiente sensibilidad para detectar cambios en la satisfacción con la vida durante el curso de intervenciones clínicas. Además, presenta validez discriminante de las medidas de bienestar emocional. Según sus autores (Pavot y Diener, 1993), esta escala es recomendable como complemento para escalas centradas en el análisis de psicopatologías y en la medida del bienestar emocional, porque ofrece un juicio evaluativo consciente de la vida de las personas, utilizando el propio criterio personal.

Inicialmente, varios autores de la escala original crearon 48 ítems para reflejar satisfacción con la vida y bienestar. Estos ítems fueron generados sobre la base de que la satisfacción con la vida representa un juicio de la persona sobre su vida en relación con un estándar establecido. Un primer análisis factorial aportó tres factores: Satisfacción con la vida *per se*, afecto positivo y afecto negativo. Diez ítems se agruparon en el factor Satisfacción con la vida, con saturaciones de .60 o mayores. Este grupo de diez ítems fue posteriormente reducido a cinco, tras eliminar redundancias y mejorar la fiabilidad (Diener *et al.*,

1985). Ejemplos de los ítems son: “*En muchos sentidos, mi vida está cerca de mi ideal*” o “*Estoy satisfecho con mi vida*”. Los participantes debían responder en una escala de siete puntos, desde (1) *Totalmente en desacuerdo* hasta (7) *Totalmente de acuerdo*. El alfa de Cronbach para esta muestra fue de .92.

Las puntuaciones obtenidas mediante la Escala de Satisfacción con la Vida pueden ser interpretadas tanto en términos absolutos como relativos de satisfacción con la vida. Según sus autores, una puntuación de 20 representa el punto neutral de la escala, en el que la persona está en igual medida satisfecha que insatisfecha con su vida. Puntuaciones entre 21 y 25 representan una ligera satisfacción, puntuaciones entre 26 y 30 indican satisfacción, y puntuaciones entre 31 y 35 son indicadores de una buena satisfacción con la vida.

*Escala de Relaciones con los Amigos (Emotional Support Scale)*. En esta investigación se utilizaron dos escalas aportadas por Shaw, Krause, Chatters, Connell e Ingersoll-Dayton (2004), una relativa al apoyo emocional de los amigos, y otra fundamentada en la interacción negativa con los amigos. En los análisis y resultados que se expresan en el presente estudio, sólo se utilizó la Escala de Apoyo Emocional de los Amigos. Esta escala pide que los participantes respondan a cuatro ítems relacionados con el apoyo que habitualmente reciben de sus amigos (ej.: “*¿Cuánto confía en que sus amigos le ayudarán en caso de que tenga problemas serios?*”). Cada ítem puede ser

puntuado en una escala de cuatro puntos, desde (1) *Nada en absoluto* hasta (4) *Mucho*. Puntuaciones elevadas indican que las personas evaluadas reciben mucho apoyo emocional. En el estudio de Shaw *et al.* (2004), el nivel medio de apoyo recibido por los amigos fue de 12.83 (DT = 2.74), y la consistencia interna de la escala obtuvo un valor alfa de .89. En este estudio el alfa de Cronbach fue .84.

*Escala de Objetivos en la Vida.* De los cuatro factores obtenidos por Lang y Carstensen (2002) a partir de la Escala de Objetivos o Metas en la Vida (*Goal Priority*), se han tomado dos para esta investigación: la subescala o factor de *Aceptación Social* (Social Acceptance) y el factor *Generatividad* (Generativity). La primera de ellas, objetivos de Aceptación social, plantea cinco cuestiones para que las personas mayores indiquen la importancia que para ellos tienen las expresiones señaladas (ej.: “*Tener buenos amigos que me acepten como soy*”), pudiendo responder en una escala de tres puntos, desde (1) *Nada importante para mí*, hasta (3) *Muy importante para mí*. En este estudio se utilizaron tan solo dos ítems de la escala, teniendo un alfa de .88 para la muestra estudiada.

El factor de *Generatividad* comprende seis ítems expresados en la misma forma que la escala anterior y con las mismas opciones de respuesta (ejemplo de ítem: “*Ayudar a otros para que encuentren su propósito en la vida*”). También se utilizaron dos ítems, obteniendo un alfa de Cronbach de .88.

*Escala de Percepción de Eficacia.* Se han empleado dos factores de la escala de Percepción de Eficacia para Personas que Reciben Cuidados (*Care-Receiver Efficacy Scale*), elaborada por Cox, Green, Seo, Inaba y Quillen (2006), denominados Percepción de Dependencia y Percepción de la Calidad de Vida. Ambos factores están formados por cinco ítems, a los que los mayores deben responder en una escala de tres puntos, desde (1) *Totalmente en desacuerdo*, hasta (3) *Totalmente de acuerdo*. En esta investigación se ha utilizado la versión corta de los factores 3 y 4 propuesta por Cox *et al.* (2006). Ejemplos de ítems son: “*Mi mayor miedo es ser un estorbo para los demás*” o “*Aún puedo hacer varias cosas disfrutando de todo en mi vida*”. Los alfas para esta muestra fueron de .91, para el factor que evaluaba la percepción de dependencia, y de .92 para la percepción de calidad de vida.

*Escala de Percepción de Salud.* Para medir la percepción de salud de los participantes se utilizaron los cinco ítems de auto-informe sobre percepción de salud propuestos por Fernández-Ballesteros *et al.* (2001). Algunos de estos ítems son, por ejemplo: “*¿Piensa que su salud es ahora peor, igual o mejor que antes?*” o “*¿Considera que su salud es peor, igual o mejor que la de otras personas de su edad?*”. Las respuestas fueron codificadas de tal manera que una mayor puntuación indicara una mejor percepción de los distintos aspectos de salud, con una puntuación máxima de tres en cada ítem. Los cinco

ítems son sumados para obtener una puntuación total de la percepción de salud. Esta breve escala ha sido utilizada con muestras españolas en diversas ocasiones, aportando una razonable consistencia interna ( $\alpha = .74$ ), y en el trabajo de Fernández-Ballesteros *et al.* (2001) aportó un alfa de .76. En el caso de este estudio, el alfa de Cronbach fue de .77.

Todos los instrumentos aplicados fueron previamente traducidos a la lengua portuguesa mediante la técnica de doble traducción (español/inglés a portugués y viceversa), excepto la Escala de Satisfacción con la Vida, de la cual ya aportan versión portuguesa sus autores (Diener, 2009).

La muestra española, que complementa uno de los trabajos presentados, no completó estos mismos instrumentos, siendo comunes sólo la Escala de Percepción de Salud y la Escala de Satisfacción con la Vida. Además de estas dos escalas, esta muestra completo los siguientes instrumentos:

- Escala sobre Disposición a la Esperanza (DHS; Snyder *et al.* 1991). Cuenta con 12 ítems, 8 de los cuales miden esperanza y fueron los utilizados en este trabajo. El alfa de la escala fue .90.
- Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas y Bienestar Espiritual (FACIT-Sp-12; Brady, Peterman, Fitchett y Cella 1999). Esta escala está compuesta

por dos factores que miden significado y paz ( $\alpha = .77$ ), y fe ( $\alpha = .88$ ), con 8 y 4 ítems respectivamente.

- Escala de Lawton y Brody para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD; Lawton y Brody 1969). La escala evalúa las habilidades de vida independiente: (a) usar el teléfono, (b) ir de compras, (c) preparación de comida, (d) cuidar la casa, (e) lavado de ropa, (f) medio de transporte, (g) responsabilidad de la medicación y (h) capacidad para utilizar dinero. Las personas responden de acuerdo a su nivel más alto de funcionamiento en esa categoría

### **2.3. Análisis estadísticos**

Para poner a prueba las diferentes hipótesis de la secuencia de artículos que forman el objeto de esta tesis, se realizaron diferentes tipos de análisis estadísticos. Estos se desglosan en función de los trabajos presentados. Todos los análisis se realizaron con SPSS 19/20 y EQS 6.1.

### **2.3.1. Validación de la versión portuguesa de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra de personas mayores**

Los análisis incluyeron estimaciones de la consistencia interna de los ítems y la de la escala (por ejemplo, el alfa de Cronbach y la homogeneidad de los ítems). La validez referida al criterio se midió relacionando satisfacción vital con salud percibida, generatividad, percepción de control y medidas de apoyo social. La validez de constructo (factorial) de los cinco ítems de la escala, fue medida mediante Análisis Factorial Confirmatorio. La plausibilidad de cualquier Análisis Factorial Confirmatorio se evalúa utilizando numerosos criterios de ajuste (Hu y Bentler, 1999; Tanaka, 1993): (a) estadístico chi-cuadrado (Kline, 1998; Ullman, 1996); (b) el índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*, CFI; Bentler, 1990) de más de .90 (idealmente, mayor de .90; Hu y Bentler, 1999); (c) la raíz del error cuadrático medio de aproximación (the *Root Mean Squared Error of Approximation*, RMSEA; Steiger y Lind, 1980) de .05 o menos (el RMSEA utiliza errores de predicción y medida para evaluar el grado de coincidencia entre la hipótesis y el modelo real); (d) el GFI y el AGFI como medidas de proporción de varianzas y covarianzas explicadas por el modelo, con valores mayores de .90 como indicadores de un ajuste

adecuado (Hoyle y Panter, 1995); y (e) la raíz media normalizada de los residuos al cuadrado (*Standardized Root Mean Squared Residuals*, SRMR) de .05 o menos (Hu y Bentler, 1999). Hu y Bentler (1999) sugieren que un CFI de al menos .95, junto con un RMSEA de menos de .06, y un SRMR menor que .08, puede ser indicador de un buen ajuste del modelo hipotetizado y los datos.

### **2.3.2. La medida de la salud percibida en el proceso de envejecimiento: una validación de la Escala de Percepción de Salud**

Al igual que en el trabajo anterior, los análisis incluyeron estimaciones de la consistencia interna de los ítems y la de la escala. La validez criterial se midió relacionando percepción de salud con numerosos constructos como actividades de la vida diaria, satisfacción con la vida, esperanza, espiritualidad (significado y paz), fe, apoyo emocional, relaciones sociales o rendimiento relacionado con la calidad de vida. La validez de constructo (factorial) de los cinco ítems de la escala fue medida mediante Análisis Factoriales Confirmatorios en cada muestra, así como con un Análisis Factorial Confirmatorio multimuestra para poner a prueba la invarianza de medida. Dado que se trata

de una escala de tres puntos tipo Likert, se utilizaron correlaciones policóricas y estadísticos corregidos (robustos) para estimar el modelo. Éste es el procedimiento recomendado en la literatura (Finney y DiStefano, 2006). Al igual que en el anterior trabajo, la plausibilidad del Análisis Factorial Confirmatorio se evalúa utilizando numerosos criterios de ajuste, en este caso: (a) estadístico chi-cuadrado con la corrección de Satorra. Bentler (Kline 1998); (b) dos índices robustos que comparan con el modelo nulo, el *Normed Fit Index* (NFI) que asume una distribución chi-cuadrado central, y el CFI, que asume la no centralidad de la distribución de chi-cuadrado; y (c) el RMSEA. Se analizaron también las estimaciones de los parámetros individuales (el ajuste analítico) teniendo en cuenta cómo eran de grandes las cargas factoriales y, finalmente, teniendo en cuenta la interpretación de las estimaciones de los parámetros.

Se estimó un Análisis Factorial Confirmatorio para poner a prueba la equivalencia de medidas a través de las versiones. Se utilizó un conjunto de modelos, basados en la propuesta de Cheung y Rensvold (2002) y Little (1997). En primer lugar, se puso a prueba un modelo multimuestra para evaluar la equivalencia configural o invarianza factorial débil, es decir, si el número de constructos (percepción de la salud en este caso) y las variables observadas asociadas con éste, son los mismos a través de versiones o grupos. En segundo lugar, se puso a prueba

un Análisis Factorial Confirmatorio multimuestra para evaluar la equivalencia métrica. Si se mantiene la equivalencia métrica, la fuerza de la relación entre las variables observadas y sus constructos subyacentes es la misma. A pesar de que adicionalmente se puede comprobar la igualdad de errores (unicidades) y la equivalencia escalar, éstos no fueron objetivo de estudio. En este caso, no se puso a prueba la invarianza de unicidades, puesto que el modelo confirmatorio parcializa el error de medida, y el test de invarianza de los errores no se suele considerar necesario (una vez mostrada invarianza de saturaciones) (Cheung, 2008). La invarianza escalar (de medias o interceptas de las variables observables) no era objeto de este trabajo, pues sólo se pretendía saber si la misma estructura, con el mismo significado (carga) para los ítems, se mantiene a través de versiones. Este conjunto de dos análisis factoriales confirmatorios multimuestra (equivalencia configural y métrica) se puede poner a prueba mediante lógica de contraste (estadística) o modelado (Little, 1997). Con una lógica estadística se emplea el test de diferencia entre las chi-cuadrado de modelos anidados, y si éste es estadísticamente significativo, las restricciones no están bien impuestas y el modelo de igualdad no es adecuado (las versiones son diferentes). Por su parte, la lógica del modelado emplea los índices de ajuste (usualmente CFI, NFI o RMSEA) para determinar la adecuación de los modelos con constricciones (igualdades). Si la diferencia en ajuste entre los modelos competitivos es de .05 o menor, se

considera irrelevante (Little, 1997). Otros autores han bajado este punto de corte a .01 o menos (Cheung y Rensvold, 2002).

### **2.3.3. Percepción de Calidad de Vida en una Muestra de Ancianos Angoleños**

Se estimó un modelo de análisis de varianza multivariante (MANOVA). En concreto un MANOVA entre-sujetos 2 (grupo de edad) x 2 (género) x 2 (institucionalización), que tiene como variables dependientes la satisfacción con la vida y la salud percibida. De entre los criterios multivariantes para evaluar la significación de los efectos, se empleó la traza de Pillai, el más robusto al alejamiento de los supuestos matemáticos (Tabachnick y Fidell, 2007). Ante los efectos multivariantes significativos, se realizaron ANOVAs de continuación, y en el caso de las interacciones significativas las pruebas de contraste de medias adecuadas, con corrección de Bonferroni. Adicionalmente a las pruebas de significación, se complementó la información con medidas del efecto, en concreto mediante etas-cuadrado parciales, que ofrecen información sobre porcentaje de varianza explicado. Para la interpretación de estos efectos se han seguido los valores de corte señalados por Cohen (1992), ya mencionados anteriormente.

### **2.3.4. Variables sociodemográficas y envejecimiento con éxito en personas mayores angoleñas**

Se emplearon diversos análisis de varianza multivariantes (MANOVAs) para poner a prueba los efectos principales y de interacción de variables sociodemográficas categóricas sobre varias variables dependientes: salud percibida, satisfacción vital, relaciones sociales y apoyo emocional de los amigos. El MANOVA pone a prueba las diferencias en el centroide de medias de las variables dependientes en función de las distintas categorías de las independientes. Entre los diversos criterios para valorar la significación estadística de estas diferencias, se ha escogido el criterio de Pillai, por ser el más robusto al incumplimiento de los supuestos subyacentes a la técnica (Tabachnick y Fidell, 2007). El segundo paso en un MANOVA se lleva a cabo si la prueba multivariada arroja resultados estadísticamente significativos, entonces se realizan pruebas univariadas de diferencias entre-grupos, para conocer las diferencias exactas entre categorías variable dependiente a variable dependiente, seguidas de las necesarias pruebas a posteriori. También se estima el tamaño del efecto (Eta-cuadrado parcial). A este respecto, Cohen ofrece una guía para la interpretación de las magnitudes de dichos efectos: .02, .13 y

.26. Se emplean estos valores como punto de corte de un tamaño del efecto pequeño, medio y grande, respectivamente (Cohen, 1992).

Dado el tamaño de la muestra de este trabajo, y el número de categorías en las variables independientes, no es posible estimar un solo 2 (grupo de edad) x 2 (género) x 3 (estado civil) x 2 (institucionalización) x 3 (nivel educativo) MANOVA. Por esta razón y puesto que el grupo de edad se considera un variable independiente principal, se calcularon varios MANOVAs: (a) 2 (grupo de edad) x 2 (genero); (b) 2 (grupo de edad) x 3 (estado civil); (c) 2 (grupo de edad) x 2 (institucionalización); y (d) 2 (grupo de edad) x 3 (nivel educativo).

### **2.3.5. Prediciendo la salud percibida en personas mayores angoleñas: el efecto moderador de ser más mayores**

El análisis consistió en una regresión múltiple jerárquica (selección por bloques) para determinar qué variables independientes son significativas en la predicción de la salud percibida en personas mayores. En la regresión jerárquica, los variables se introducen de acuerdo a razones teóricas o lógicas,

en un orden predeterminado. Los indicadores anteriores aseguran su participación en el siguiente bloque de predictores. En este modelo de regresión jerárquica, adicionalmente, se evaluó los efectos de interacción o efectos moderadores que ponen a prueba si una tercera variable interactúa, de algún modo, cambiando la relación entre predictor y criterio. Es decir, prueba si la importancia de un constructo varía en el rango de otro (el moderador). Las interacciones se incluyen en el modelo para incorporar el efecto conjunto de dos variables en una dependiente, además del efecto por separado. Los efectos de interacción se añaden al modelo como productos cruzados de los dos predictores, típicamente colocados después del efecto principal de ambas variables. La adición de las interacciones puede causar problemas de multicolinealidad. Por este motivo, como prevención de este problema, es recomendable centrar los predictores (Aiken y West, 1991).

### **2.3.6. Prediciendo la satisfacción vital en personas mayores angoleñas: un modelo estructural**

Se estimaron Análisis Factoriales Confirmatorios y modelos estructurales MIMIC (Multiple Indicators Multiple Causes)

utilizando máxima verosimilitud con correcciones robustas, uno de los procedimientos recomendados para este tipo de datos (Finney y Di Stefano, 2006). Aunque la estimación por máxima verosimilitud es robusta a la ausencia de normalidad multivariante (Curran, West y Finch, 1996), se emplearon las correcciones dado que había una serie de medidas ordinales dentro del modelo, y la curtosis multivariante era grande (coeficiente de Mardia = 43.22, estimador normalizado = 37.34). Para medir el ajuste del modelo se utilizaron los criterios de ajuste recomendados en la literatura (Hu y Bentler, 1999; Tanaka, 1993): (a) estadístico de chi-cuadrado (Kline, 1998; Ullman, 1996); (b) el índice de ajuste comparativo (CFI; Bentler, 1990); (c) la raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA; Steiger y Lind, 1980); y (d) el GFI (Hoyle y Panter, 1995); (e) la raíz media normalizada de los residuos al cuadrado (SRMR; Hu y Bentler, 1999).

### **2.3.7. Prediciendo la satisfacción de la vida en personas más mayores: un estudio de efectos moderadores**

Para facilitar la comprensión de qué factores contribuyen a la satisfacción vital en los mayores, el plan de análisis consistió en

una regresión jerárquica múltiple (o selección por bloques) para determinar qué variables independientes eran significativas en la predicción. En la regresión jerárquica o secuencial los predictores se introducen en un orden pre-especificado, por razones lógicas o teóricas. El orden lógico de los bloques en este análisis ha sido: primero variables basales, como la edad (mayores jóvenes vs. más mayores), percepción de salud o género; un segundo bloque comprende variables relativas al proceso de envejecimiento; y, finalmente, un tercer bloque de interacción entre las variables del proceso de envejecimiento y la edad.

Los efectos de la interacción son efectos moderadores porque se pone a prueba si la consideración de una tercera variable cambia de algún modo la relación entre predictor y criterio. En otras palabras, se prueba si la importancia de un predictor varía a través del rango de otro (el moderador). Los términos de interacción se pueden añadir al modelo para incorporar el efecto conjunto de dos variables en una variable dependiente por encima de sus efectos separados. Se añaden términos de interacción en el modelo como productos cruzados de los dos predictores. En este caso, también pueden surgir problemas de multicolinealidad, ya mencionados anteriormente.

## **3. RESULTADOS**



### **3.1. Validación de la versión portuguesa de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra de personas mayores**

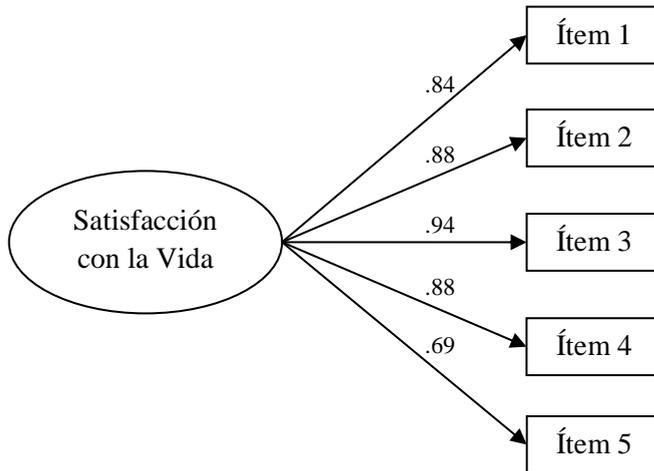
#### *Validez factorial*

Uno de los objetivos de este trabajo fue establecer la validación factorial de la Escala de Satisfacción con la Vida en personas mayores de habla portuguesa. A lo largo de diferentes muestras se halló una estructura teórica y empírica de un factor (por ejemplo, Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000; Blais, Vallerand, Pelletier y Briere, 1989; Lewis, Shevlin, Bunting, Joseph, 1995; Lewis, Shevlin, Smekal y Dorahy, 1999; Pons, Atienza, Balaguer y García-Merita, 2002; Shevlin, y Bunting, 1994). Por tanto, el Análisis Factorial Confirmatorio se especificó, estimó y evaluó con esta estructura, *a priori*, de un factor. De forma general, los índices de ajuste apoyaron la estructura de un factor como una representación razonable de los datos observados. La chi-cuadrado fue de 99.73, con 5 grados de libertad ( $p < .01$ ), el CFI fue .97, el GFI fue .91, el SRMR fue .03, y el RMSEA fue .13. En conjunto, todos los índices evaluaron el modelo como adecuado, a excepción del RMSEA, que probablemente penalice el modelo debido al pequeño

número de indicadores de la escala (es una medida que considera la parsimonia).

Por otra parte, el examen detallado de las cargas factoriales ofreció una idea del ajuste analítico del modelo, complementando la información del ajuste general. Todos los indicadores saturan significativamente ( $p < .01$ ) y fuerte en el factor hipotetizado, ofreciendo apoyo a la adecuación del modelo de un factor. Como se puede observar en la Figura 3.1, las saturaciones factoriales oscilaron entre un mínimo de .69 (ítem 5, “*Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada*”) y un máximo de .94 (ítem 3, “*Estoy satisfecho con mi vida*”). Por tanto, todos los factores, de forma general, saturaron adecuadamente, por encima de los valores considerados indicadores de consistencia.

**Figura 3.1.** Saturaciones factoriales estandarizadas para el factor de satisfacción con la vida.



*Nota:* No se muestran las saturaciones estandarizadas de los errores para mayor claridad. Ítem 1= En muchos aspectos mi vida se acerca a mi ideal; Ítem 2= Las condiciones de mi vida son excelentes; Ítem 3= Estoy satisfecho con mi vida; Ítem 4= Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida; Ítem 5= Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.

### *Consistencia Interna*

Se calculó el alfa de Cronbach para el factor de satisfacción con la vida, con un valor de .92. Los estadísticos descriptivos, la homogeneidad de los ítems, el alfa si se elimina el ítem y las

correlaciones inter-ítem se presentan en la Tabla 3.1. Las medias son superiores a tres en todos los casos, el punto medio teórico de la escala de los ítems. La homogeneidad de los ítems podría considerarse adecuada, con una correlación mínima de .68 para el ítem 5 y máxima de .88 para el ítem 3. Las correlaciones inter-ítem también parecen adecuadas, yendo de un mínimo de .58 a un máximo de .82. Por lo general, la consistencia interna de la escala y de los ítems puede considerarse muy adecuada.

**Tabla 3.1.** Medias, desviaciones típicas, homogeneidad de los ítems, alfa si se elimina el ítem y correlaciones inter-ítem, para los cinco ítems de satisfacción con la vida.

Ítem	Media	DT	Homogeneidad ítems	Alfa si se elimina el ítem	Correlaciones inter-ítem			
					Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4
Ítem 1	3.34	1.60	.799	.909	--			
Ítem 2	3.06	1.54	.846	.902	.745	--		
Ítem 3	3.37	1.90	.885	.890	.825	.819	--	
Ítem 4	3.32	2.05	.840	.902	.654	.818	.828	--
Ítem 5	3.60	1.73	.682	.930	.630	.585	.617	.657

*Nota:* Ítem 1= En muchos aspectos mi vida se acerca a mi ideal; Ítem 2= Las condiciones de mi vida son excelentes; Ítem 3= Estoy satisfecho con mi vida; Ítem 4= Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida; Ítem 5= Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada; DT= Desviación Típica; todas las correlaciones  $p < .01$ .

### *Validez referida a criterio*

La validez de criterio se estableció mediante correlaciones de satisfacción con la vida y constructos teóricos unidos tradicionalmente con este factor. Específicamente, la satisfacción con la vida se relacionó con percepción de salud, generatividad, percepción de control y apoyo social. A este respecto, se halló un patrón consistente de relaciones positivas entre cada uno de estos constructos y la satisfacción vital. La Escala de Satisfacción con la Vida correlacionó .326 con salud percibida; .202 con generatividad; .422 con percepción de control; y, finalmente, .416 con apoyo emocional. Todas estas correlaciones fueron significativas ( $p < .01$  en los dos primeros casos, y  $p < .05$  en el resto).

## **3.2. La medida de la salud percibida en el proceso de envejecimiento: una validación de la Escala de Percepción de Salud**

Estos análisis se llevan a cabo en dos muestras, ya que se evalúan conjuntamente la adaptación en español y la adaptación al portugués, lo que permite en último término valorar la invarianza a través de versiones.

### *Versión en Español*

Se estimó un Análisis Factorial Confirmatorio con una estructura *a priori* de un factor. Todos los índices de ajuste apoyan claramente esta estructura: la chi-cuadrado corregida fue 8.35, con 5 grados de libertad ( $p > .05$ ), NFI = .983, CFI = .993, y RMSEA = .056. Todas las cargas factoriales fueron estadísticamente significativas y altas (ver Tabla 3.2). El alfa de Cronbach de la escala fue de .75. Las medias, las desviaciones típicas y la homogeneidad de los ítems se presenta en la Tabla 3.2. En general, la consistencia interna de la escala y la homogeneidad se puede considerar adecuada.

**Tabla 3.2.** Medias, desviaciones típicas, correlaciones ítem-total ( $r_{it}$ ) y cargas factoriales ( $\lambda$ ) para la versión española (VE) y la versión portuguesa (VP) de la Escala de Percepción de Salud.

Ítem	Media		DT		$r_{it}$		$\lambda$	
	VE	VP	VE	VP	VE	VP	VE	VP
1	1.30	1.85	.72	0.39	.57	.47	.71	.71
2	1.39	1.81	.62	0.52	.69	.64	.86	.86
3	0.64	1.83	.66	0.64	.50	.48	.63	.63
4	1.11	2.08	.68	0.76	.27	.60	.69	.69
5	1.27	1.86	.72	0.72	.57	.69	.85	.85

*Nota:* Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas ( $p < .01$ ). Las cargas factoriales son valores estandarizados equiparados a través de muestras.

La validez de criterio se estableció correlacionando con los constructos que han sido relacionados con la percepción de salud en múltiples estudios sobre salud, bienestar y envejecimiento. La Escala de Percepción de Salud correlacionó .456 con actividades instrumentales de la vida diaria, .426 con satisfacción con la vida, .458 con esperanza, .383 con espiritualidad y .149 con fe. Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas ( $p < .05$ ) y en la dirección esperada (positiva, en este caso).

### *Versión en Portugués*

También en la muestra de personas mayores angoleñas se estudiaron las propiedades psicométricas de la Escala de Salud Percibida. La validez factorial de la escala se estableció con un Análisis Factorial Confirmatorio que postulaba una estructura de un solo factor. En general, los índices de ajuste apoyaban esta estructura unidimensional: la chi-cuadrado corregida fue 108.87, con 5 grados de libertad ( $p < .001$ ), NFI = .938, CFI = .941, mientras que el RMSEA fue .144. El RMSEA estaba lejos del punto de corte, penalizando el modelo probablemente debido al reducido número de indicadores. No obstante, los índices tomados en conjunto informan que el modelo es una adecuada representación de los datos observados. Las cargas factoriales fueron estadísticamente significativas y altas (ver Tabla 3.2). El alfa de Cronbach de la escala fue .79. Las medias, las desviaciones típicas y la homogeneidad de los ítems se presentan en la Tabla 3.2. En general, la consistencia interna de la escala y la homogeneidad se puede considerar adecuada.

La validez de criterio se estableció mediante correlaciones con constructos relacionados en la literatura. La Escala de Percepción de Salud correlacionó .326 con satisfacción con la vida, .288 con apoyo emocional de amigos, .294 con adecuación percibida de relaciones sociales, .339 con generatividad y .279 con calidad de vida relacionada con el

desempeño. Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas ( $p < .05$ ) y en la esperada (positiva) dirección.

### *Análisis Factorial Confirmatorio multimuestra*

Establecida la adecuada validez factorial de ambas versiones por separado, se procede a valorar la invarianza o equivalencia de versiones. Tal y como se indicó en la sección de análisis, se pusieron a prueba dos modelos multigrupo o multimuestra, y se compararon para establecer la invarianza métrica. Un primer modelo puso a prueba la equivalencia configural de ambas versiones. Este modelo presenta unos adecuados índices de ajuste (chi-cuadrado = 108.87,  $p < .001$ , NFI = .942, CFI = .945, RMSEA = .152). Un segundo modelo evaluó la equivalencia métrica, equiparando (igualando) las cargas factoriales de ambos grupos. Este modelo también obtuvo un buen ajuste (chi-cuadrado = 189.21,  $p < .001$ , NFI = .924, CFI = .932, RMSEA = .138). Una prueba estadística para comparar los dos modelos anidados fue estadísticamente significativa ( $\Delta\chi^2 = 35,464$ ,  $\Delta gl = 5$ ,  $p < .01$ ). No obstante, la lógica de modelado que compara los valores de los índices de ajuste, muestra que las diferencias en ajuste de ambos modelos son irrelevantes (por ejemplo  $\Delta NFI = .018$  y  $\Delta CFI = .013$ ).

### 3.3. Percepción de Calidad de Vida en una Muestra de Ancianos Angoleños

Se estimó un MANOVA 2 (grupo de edad) x 2 (género) x 2 (institucionalización) con variables dependientes la satisfacción con la vida y la salud percibida. Los resultados de este MANOVA mostraron que las variables dependientes combinadas se ven afectadas de forma significativa por el grupo de edad ( $F_{2, 994} = 109.66, p < .001, \eta^2 = .18$ ). En cuanto al efecto principal del género sobre las variables dependientes, no resultó estadísticamente significativo ( $F_{2, 994} = 0.592, p = .553, \eta^2 = .001$ ). Sí resultó significativo, en cambio, el efecto principal de la institucionalización ( $F_{2, 994} = 15.46, p < .001, \eta^2 = .03$ ), aunque puede verse que el tamaño del efecto fue modesto. Por lo que respecta a las interacciones de primer orden, resultaron estadísticamente significativas las de edad y género ( $F_{2, 994} = 3.02, p = .049, \eta^2 = .006$ ), y la de edad e institucionalización ( $F_{2, 994} = 14.77, p < .001, \eta^2 = .029$ ). De estas dos, solamente la interacción de edad con institucionalización parece relevante en cuantía, pues explicó un 2.9% de la varianza. No resultaron significativas ni la interacción de primer orden de género con institucionalización ( $F_{2, 994} = 0.122, p = .886, \eta^2 < .001$ ), ni la de segundo orden edad, género e institucionalización ( $F_{2, 994} = 0.902, p = .406, \eta^2 = .002$ ).

Para entender mejor el impacto de los efectos principales e interacciones significativos sobre las dos variables dependientes individuales, se realizaron ANOVAs de continuación. Los resultados de estos ANOVAs se presentan en la Tabla 3.3. Como se puede observar, se encontraron efectos principales de la edad tanto en la satisfacción como en la percepción de salud. En ambos casos los mayores de 80 años (cuarta edad) presentaron valores más bajos en ambas variables (ver Tabla 3.4). No obstante, puede apreciarse que solamente en el caso de la satisfacción el tamaño del efecto puede considerarse moderado, mientras que en la percepción de salud fue pequeño. El efecto principal de la institucionalización también resultó estadísticamente significativo tanto sobre la satisfacción como sobre la salud percibida, y con un efecto superior, aunque pequeño sobre esta última. Los institucionalizados presentaron medias más bajas de ambas variables, como puede verse en la Tabla 3.4.

**Tabla 3.3.** ANOVAs de continuación

VI	VD	gl <sub>num</sub>	gl <sub>den</sub>	F	p	$\eta^2$
Edad	Satisfacción con la vida	1	995	200.116	< .001	.167
	Salud percibida	1	995	36.310	< .001	.035
Género	Satisfacción	1	995	.679	.410	.001
	Salud percibida	1	995	.373	.541	.000
Institucio.	Satisfacción con la vida	1	995	13.869	< .001	.014
	Salud percibida	1	995	20.613	< .001	.020
E * G	Satisfacción con la vida	1	995	6.020	.014	.006
	Salud percibida	1	995	.016	.900	.000
E * I	Satisfacción con la vida	1	995	26.806	< .001	.026
	Salud percibida	1	995	1.110	.292	.001
G * I	Satisfacción con la vida	1	995	.005	.942	.000
	Salud percibida	1	995	.227	.634	.000
E * G * I	Satisfacción con la vida	1	995	.188	.664	.000
	Salud percibida	1	995	1.470	.226	.001

*Nota:* VI= variable independiente; VD= variable dependiente; E= edad; G= género; I= Institucionalización.

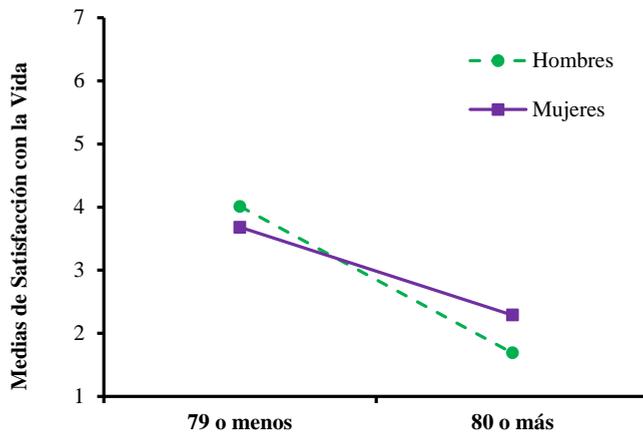
**Tabla 3.4.** Medias y errores típicos en las variables dependientes de cada grupo

Factores	Salud		Satisfacción	
	Media	E.T.	Media	E.T.
Edad				
79 o menos	2.003	.016	3.847	.053
80 o mayores	1.593	.027	1.995	.086
Género				
Hombres	1.836	.025	2.854	.080
Mujeres	1.761	.019	2.988	.060
Institucion.				
No	1.992	.049	3.273	.148
Sí	1.751	.016	2.734	.048

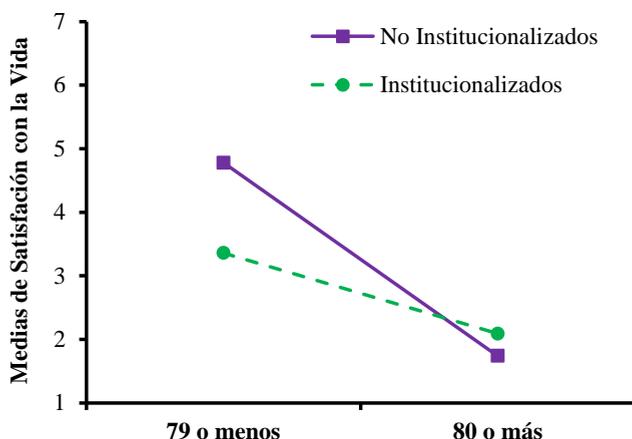
Para finalizar, solamente dos interacciones resultaron estadísticamente significativas, y ambas fueron sobre la satisfacción vital. El efecto de interacción de la edad y el género fue de muy baja cuantía (0.6% de varianza explicada) y puede consultarse en la Figura 3.2. Puede apreciarse cómo la caída en satisfacción es ligeramente mayor para los hombres que para las mujeres. Por su parte, la interacción de edad con institucionalización es de carácter más sustancial (un 2.6% de

varianza explicada), y se debe, como puede verse en la Figura 3.3, a que la mayor satisfacción de las personas mayores que vivían en sus casas en el grupo de 79 o menos años, desapareció al pasar de los 80 años. Esto es, la satisfacción de los mayores de 80 años se igualó entre los que viven en residencias y los que no.

**Figura 3.2.** Interacciones estadísticamente significativas entre edad y género en satisfacción con la vida de los ancianos.



**Figura 3.3.** Interacciones estadísticamente significativas entre edad e institucionalización en satisfacción con la vida de los ancianos.



Se ha realizado un último análisis adicional, ya que hay que tener en cuenta un problema analítico, resultado de la operacionalización de la variable: los mayores que no se encuentran institucionalizados, que viven en la comunidad, responden a dos perfiles que no tienen por qué resultar idénticos, pues hay quien vive con la familia y quien lo hace solo. Al ser el número de los que viven solos muy pequeño, al cruzar con el resto de categorías de las variables independientes, el análisis no era posible. Así pues, para asegurar las conclusiones se ha realizado un MANOVA adicional para evaluar solamente el efecto del lugar de residencia con las categorías de “vive solo”, “con familia” o “en residencia”. Este análisis también resultó significativo ( $F_{2, 2000} = 60,97, p < .001, \eta^2 = .11$ ). Los análisis de

varianza adicionales y sus pruebas post-hoc mostraron el patrón ya visto, con menor satisfacción vital en los mayores que viven en residencia, seguidos de los que viven solos y los de mayor satisfacción son los que viven con la familia. Por lo que respecta a salud, también el patrón se confirma, pues los que viven en residencia presentan peor salud percibida, mientras que no hay diferencias en salud percibida entre los que viven solos o con sus familias. Por tanto, se confirma en cierto modo el que las personas que viven en residencias suelen tener menor apoyo familiar o menor autonomía para vivir solos a causa de enfermedades.

### **3.4. Variables sociodemográficas y envejecimiento con éxito en personas mayores angoleñas**

Se realizó un primer MANOVA 2x2 entre sujetos con cuatro variables dependientes: satisfacción con la vida, percepción de salud, relaciones sociales y apoyo emocional de amigos. Las variables independientes fueron la edad (con dos categorías, 79 años o menos y 80 años o más) y el género. Utilizando el criterio de Pillai, la combinación de variables dependientes afectan significativamente a la edad ( $F_{4, 996} = 115.33; p < .001$ ) y

al género ( $F_{4, 996} = 5.87; p < .001$ ), así como a su interacción ( $F_{4, 996} = 9.34; p < .001$ ). Los resultados reflejan una gran asociación entre edad y la combinación de variables, con una  $\eta^2$  parcial de .32. La interacción explicó una modesta parte de la varianza, tal y como se refleja en la  $\eta^2$  parcial de .036. La asociación fue menos importante entre género y las variables dependientes ( $\eta^2$  parcial = .023).

Además, se realizaron análisis de varianza (ANOVA) para investigar el impacto principal y el efecto de interacción en cada variable dependiente por separado, dadas las diferencias multivariantes estadísticamente significativas. Los resultados de estos análisis adicionales aparecen en la Tabla 3.5. Las medias y las desviaciones típicas de los efectos principales se presentan en la Tabla 3.6. La edad tuvo un efecto principal significativo con las cuatro variables dependientes ( $p < .05$ ), con medias más altas en los mayores más jóvenes de la muestra, en todas las variables. Con respecto al efecto principal del género, éstos fueron estadísticamente significativos, aunque bastante pequeños, en percepción de salud, con medias ligeramente superiores en hombres que en mujeres; y en apoyo emocional de amigos, con medias ligeramente superiores en mujeres que en hombres. Las interacciones de género y edad con satisfacción con la vida y apoyo emocional fueron estadísticamente significativas (Figura 3.4). La disminución de la satisfacción con

la vida y del apoyo emocional asociada con la edad fue mayor en hombres que en mujeres.

**Tabla 3.5.** ANOVAs de continuación

VI	VD	$gl_{\text{efecto}}$	$gl_{\text{error}}$	$F$	$p$	$\eta^2$
Género	Satisfacción con la vida	1	999	1.778	.183	.002
	Percepción de salud	1	999	5.751	.017	.006
	Relaciones sociales	1	999	1.551	.213	.002
	Apoyo emocional de amigos	1	999	5.083	.024	.005
Edad	Satisfacción con la vida	1	999	339.448	.000	.254
	Percepción de salud	1	999	171.733	.000	.147
	Relaciones sociales	1	999	165.187	.000	.142
	Apoyo emocional de amigos	1	999	28.566	.000	.028

**Tabla 3.5.** ANOVAs de continuación (continuación)

VI	VD	gl <sub>efecto</sub>	gl <sub>error</sub>	F	p	$\eta^2$
G*E	Satisfacción con la vida	1	999	21.316	.000	.021
	Percepción de salud	1	999	2.039	.154	.002
	Relaciones sociales	1	999	0.429	.513	.000
	Apoyo emocional de amigos	1	999	7.025	.008	.007
EC	Satisfacción con la vida	2	997	1.268	.282	.003
	Percepción de salud	2	997	7.639	.001	.015
	Relaciones sociales	2	997	6.871	.001	.014
	Apoyo emocional de amigos	2	997	0.005	.995	.000
Edad	Satisfacción con la vida	1	997	112.388	.000	.101
	Percepción de salud	1	997	51.234	.000	.049
	Relaciones sociales	1	997	32.807	.000	.032
	Apoyo emocional de amigos	1	997	8.927	.003	.009

*Nota:* G= género; E= edad; EC= estado civil.

**Tabla 3.5.** ANOVAs de continuación (continuación)

VI	VD	gl <sub>efecto</sub>	gl <sub>error</sub>	F	p	$\eta^2$
EC*E	Satisfacción con la vida	2	997	6.872	.001	.014
	Percepción de salud	2	997	2.062	.128	.004
	Relaciones sociales	2	997	4.722	.009	.009
	Apoyo emocional de amigos	2	997	0.950	.387	.002
Institucion.	Satisfacción con la vida	1	999	11.929	.001	.012
	Percepción de salud	1	999	21.463	.000	.021
	Relaciones sociales	1	999	30.332	.000	.029
	Apoyo emocional de amigos	1	999	0.410	.522	.000
Edad	Satisfacción con la vida	1	999	191.634	.000	.161
	Percepción de salud	1	999	38.947	.000	.038
	Relaciones sociales	1	999	73.426	.000	.068
	Apoyo emocional de amigos	1	999	18.239	.000	.018

Nota: EC= estado civil.

**Tabla 3.5.** ANOVAs de continuación (continuación)

VI	VD	gl <sub>efecto</sub>	gl <sub>error</sub>	F	p	$\eta^2$
I*E	Satisfacción con la vida	1	999	32.555	.000	.032
	Percepción de salud	1	999	1.659	.198	.002
	Relaciones sociales	1	999	7.556	.006	.008
	Apoyo emocional de amigos	1	999	6.760	.009	.007
NE	Satisfacción con la vida	2	997	6.060	.002	.012
	Percepción de salud	2	997	31.428	.000	.059
	Relaciones sociales	2	997	22.638	.000	.043
	Apoyo emocional de amigos	2	997	6.763	.001	.013
E	Satisfacción con la vida	1	997	368.370	.000	.270
	Percepción de salud	1	997	140.297	.000	.123
	Relaciones sociales	1	997	192.351	.000	.162
	Apoyo emocional de amigos	1	997	25.306	.000	.025

*Nota:* I= institucionalización; E= edad; NE= nivel educativo; E= Edad.

**Tabla 3.5.** ANOVAs de continuación (continuación)

VI	VD	gl <sub>efecto</sub>	gl <sub>error</sub>	F	p	$\eta^2$
NE*E	Satisfacción con la vida	2	997	20.621	.000	.040
	Percepción de salud	2	997	10.918	.000	.021
	Relaciones sociales	2	997	8.032	.000	.016
	Apoyo emocional de amigos	2	997	1.669	.189	.003

*Nota:* NE= nivel educativo; E= edad.

**Tabla 3.6.** Medias y errores estándar de las variables dependientes en cada grupo de factores socio-demográficos

<b>Factores</b>	<i>Salud Percibida</i>		<i>Satisfacción de Vida</i>		<i>Relaciones Sociales</i>		<i>Apoyo</i>		
	<b>Media</b>	<b>E.E</b>	<b>Media</b>	<b>E.E</b>	<b>Media</b>	<b>E.E</b>	<b>Media</b>	<b>E.E</b>	
<i>Edad</i>									
	79 o menos	2.003	.016	3.847	.053	3.950	.057	1.904	.022
	80 o más	1.593	.027	1.995	.086	2.544	.093	1.680	.036
<i>Género</i>									
	Hombres	1.836	.025	2.854	.080	3.315	.088	1.745	.034
	Mujeres	1.761	.019	2.988	.060	3.179	.066	1.839	.025

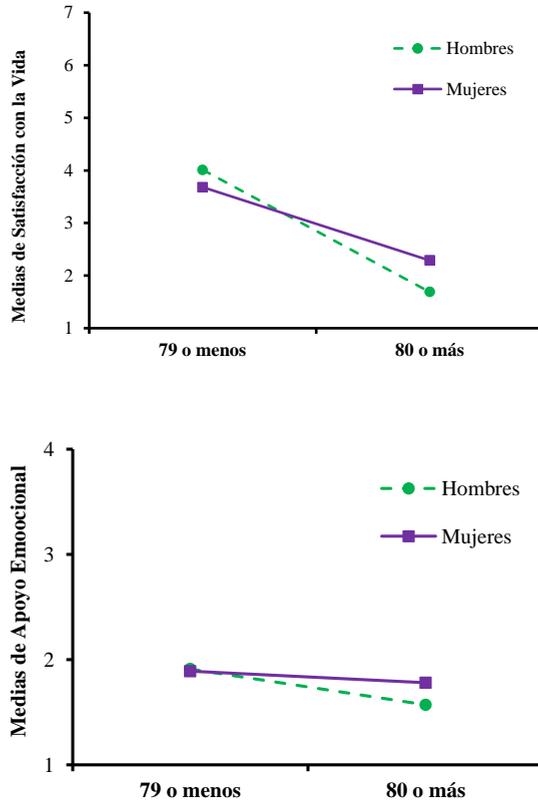
**Tabla 3.6.** Medias y errores estándar de las variables dependientes en cada grupo de factores socio-demográficos (continuación)

<b>Factores</b>	<i>Salud Percibida</i>		<i>Satisfacción de Vida</i>		<i>Relaciones Sociales</i>		<i>Apoyo</i>	
	<b>Media</b>	<b>E.E</b>	<b>Media</b>	<b>E.E</b>	<b>Media</b>	<b>E.E</b>	<b>Media</b>	<b>E.E</b>
<i>Estado civil</i>								
Soltero/Divorciado	1.619	.049	2.693	.154	3.671	.170	1.789	.067
Viudo	1.792	.017	2.847	.053	3.068	.059	1.795	.023
Casado	1.956	.086	3.184	.271	3.610	.298	1.791	.118
<i>Institucionalización</i>								
No	1.992	.049	3.273	.148	3.941	.163	1,820	.067
Sí	1.751	.016	2.734	.048	3.000	.053	1,775	.022

**Tabla 3.6.** Medias y errores estándar de las variables dependientes en cada grupo de factores socio-demográficos (continuación)

<b>Factores</b>	<i>Salud Percibida</i>		<i>Satisfacción de Vida</i>		<i>Relaciones Sociales</i>		<i>Apoyo</i>	
	<b>Media</b>	<b>E.E</b>	<b>Media</b>	<b>E.E</b>	<b>Media</b>	<b>E.E</b>	<b>Media</b>	<b>E.E</b>
<i>Nivel educativo</i>								
Bajo	1.674	.022	2.767	.070	2.869	.076	1.723	.030
Medio	1.816	.024	3.121	.078	3.505	.084	1.875	.033
Alto	1.987	.034	3.033	.111	3.645	.120	1.864	.047

**Figura 3.4.** Interacción de Edad\*Género en Satisfacción con la vida y Apoyo emocional

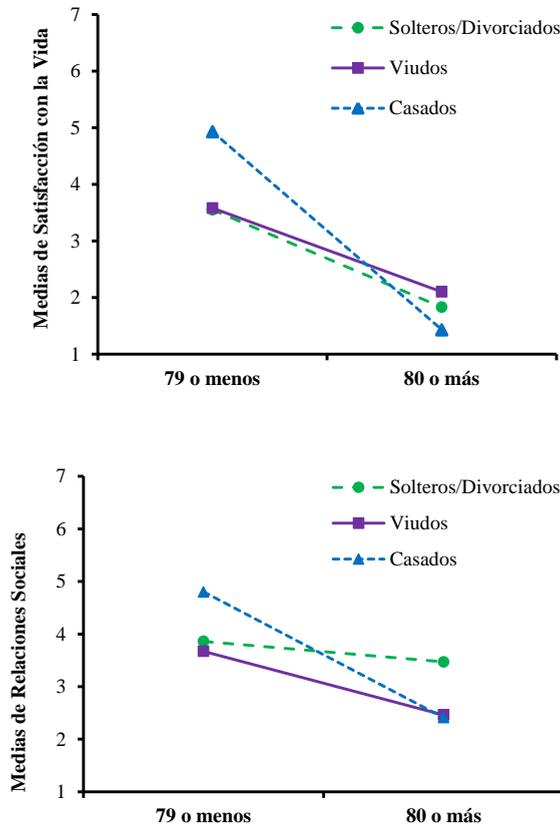


Se realizó un segundo MANOVA entre grupos 2 (grupo de edad) x 3 (estado civil) con las mismas variables dependientes. Los efectos principales con respecto a edad no se repitieron puesto que resultaban redundantes con el primer MANOVA. Bajo el criterio de Pillai, la combinación de variables dependientes estuvo afectada significativamente por el

estado civil ( $F_{8,1990}=5.79$ ;  $p<.001$ ), así como por su interacción ( $F_{8,1990}= 3.87$ ;  $p<.001$ ). Los resultados reflejan una baja asociación entre el estado civil y la combinación de variables dependientes, con una  $\eta^2$  parcial de .02. El efecto de interacción fue sustancialmente menor ( $\eta^2$  parcial = .01).

Para investigar el impacto principal y el efecto de interacción de las variables dependientes, se realizaron ANOVAs (Tabla 3.5). Con respecto a los efectos principales de estado civil, éstos fueron significativos con percepción de salud y relaciones sociales. Las personas casadas informaron de una mayor percepción de salud que el resto, y los solteros/divorciados y los casados informaron de mejores relaciones sociales que los viudos. Las interacciones significativas de estado civil y edad en satisfacción de vida fueron significativas (Figura 3.5). El descenso de satisfacción de vida y relaciones sociales se asocia, de forma más pronunciada, a las personas más mayores casadas que al resto de grupos (solteros/divorciados y viudos).

**Figura 3.5.** Interacción de Edad\*Estado civil en Satisfacción con la vida y Relaciones sociales

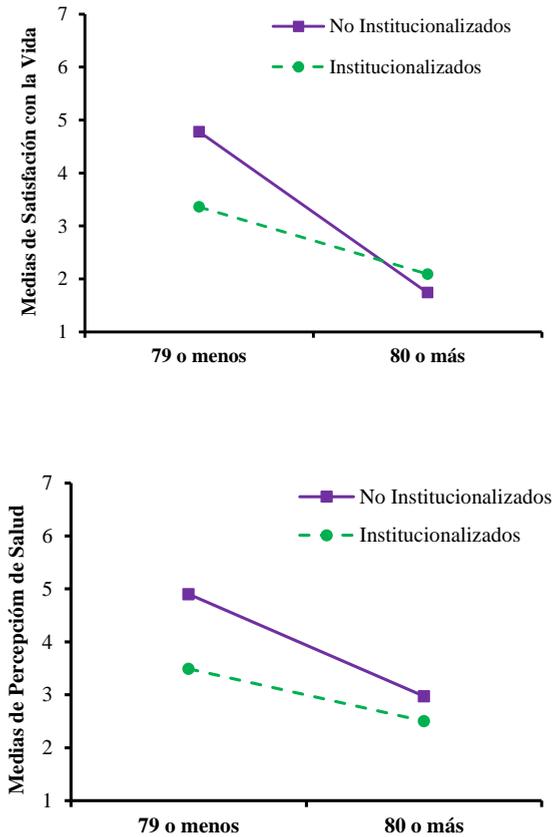


Se estableció un tercer MANOVA entre grupos 2 (grupo de edad) x 2 (institucionalización) con las mismas variables dependientes. Tal y como se indicó anteriormente, no se presentan los efectos principales de edad por resultar redundantes. Bajo el criterio de Pillai, la combinación de variables dependientes resultó estadísticamente significativa con

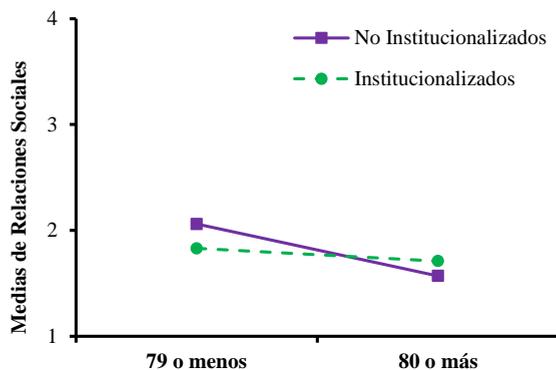
institucionalización ( $F_{4, 996} = 12.90$ ;  $p < .001$ ), así como con la interacción de edad e institucionalización ( $F_{4, 996} = 9.36$ ;  $p < .001$ ). Los resultados reflejan una asociación baja entre la institucionalización y la combinación de variables dependientes ( $\eta^2$  parcial = .05). La magnitud del efecto de interacción fue bastante pequeña ( $\eta^2$  parcial = .04).

Se realizaron cuatro ANOVAs para estudiar el impacto principal y el efecto de interacción en las variables independientes (Tabla 3.5). La institucionalización resultó estadísticamente significativa con satisfacción de vida, percepción de salud y relaciones sociales ( $p < .05$ ), con medias mayores para las personas no institucionalizadas (Tabla 3.4). La interacción de edad con institucionalización resultó estadísticamente significativa con satisfacción de vida, relaciones sociales y apoyo emocional (Figura 3.6). En todos los casos, se dan diferencias significativas a favor de las personas mayores no institucionalizadas, en el grupo de personas mayores más jóvenes. Esta diferencia desaparece en el grupo de personas más mayores.

**Figura 3.6.** Interacción de Edad\*Institucionalización en Satisfacción con la vida, Percepción de salud y Relaciones sociales



**Figura 3.6.** Interacción de Edad\*Institucionalización en Satisfacción con la vida, Percepción de salud y Relaciones sociales (continuación)

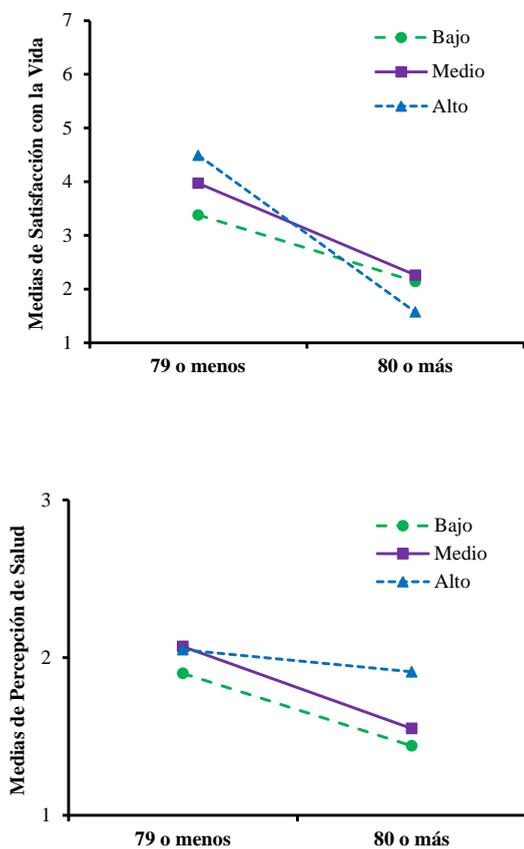


Se realizó un cuarto MANOVA entre sujetos 2 (grupo de edad) x 3 (nivel educativo) con las mismas variables dependientes. Como en los anteriores análisis, no se presentan los efectos principales de edad. Con el criterio de Pillai, la combinación de variables dependientes resultó estadísticamente significativa afectando con el nivel educativo ( $F_{8, 1990} = 12.46$ ;  $p < .001$ ) así como su interacción ( $F_{8, 1990} = 10.64$ ;  $p < .001$ ). Los resultados reflejan una baja asociación entre el nivel educativo y la combinación de variables dependientes ( $\eta^2$  parcial = .05). El efecto interacción fue aún de menor magnitud ( $\eta^2$  parcial = .04).

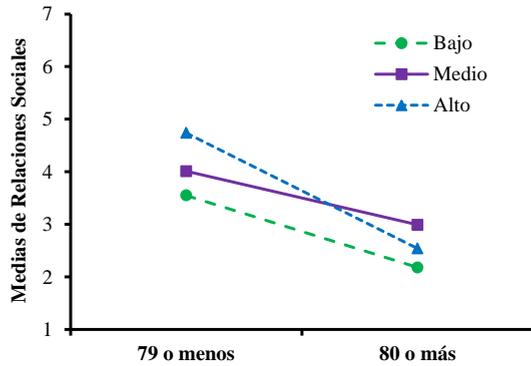
Para investigar el impacto principal y el efecto de interacción en las variables dependientes se llevaron a cabo ANOVAs. Los resultados de estos análisis adicionales se

presentan en la Tabla 3.5. El nivel educativo tuvo un efecto principal significativo en todas las variables dependientes ( $p < .05$ ). El patrón general muestra que las medias aumentaron con el nivel educativo (Tabla 3.6). El efecto de interacción de nivel educativo y edad fue significativo en satisfacción de vida, percepción de salud y relaciones sociales (Figura 3.7). Esta interacción reflejaba mayor pérdida de satisfacción vital y relaciones sociales en el grupo de mayor nivel educativo. Así, la disminución de satisfacción vital y relaciones sociales, producida por la edad, es mayor en grupos con un mayor nivel educativo. Por el contrario, el decremento en percepción de salud es menos importante en los grupos de más nivel educativo.

**Figura 3.7.** Interacción de Edad\*Nivel educativo en Satisfacción con la vida, Percepción de salud y Relaciones sociales



**Figura 3.7.** Interacción de Edad\*Nivel educativo en Satisfacción con la vida, Percepción de salud y Relaciones sociales (continuación)



### 3.5. Prediciendo la salud percibida en personas mayores angoleñas: el efecto moderador de ser más mayor

La Tabla 3.7 presenta las correlaciones de pearson entre las variables de este estudio. Como ya se ha indicado en la sección de análisis, los efectos multivariados de los predictores y las interacciones de los predictores con edad se han estudiado mediante un modelo de regresión jerárquica. La secuencia de

modelos fue: (a) primer bloque incluyendo las variables socio-demográficas género, edad (mayores jóvenes y más mayores), estado civil (viudo frente a otros) e institucionalización (institucionalizados vs. vivir en sus casas); (b) el segundo bloque incluyó los seis predictores psicosociales, calidad de vida relacionada con el desempeño, generatividad, prioridad de relaciones sociales, relaciones sociales, apoyo emocional de amigos y nivel de dependencia; y finalmente, (c) el tercer bloque incluye la interacción entre el segundo bloque y edad (mayores jóvenes y más mayores). Esta secuencia permitió evaluar los efectos de las variables psicosociales tradicionalmente relacionadas con el envejecimiento con éxito, más allá de los efectos de género y edad, controlando por éstas, así como por el estado civil y la institucionalización. Esto también permitió examinar si los efectos eran los mismos en mayores más jóvenes y más mayores, evaluando el potencial efecto moderador de la edad (ser muy mayor). El bloque 1 obtuvo una R-cuadrado de .198. Las cuatro variables sociodemográficas eran predictores significativas de percepción de salud. La inclusión de los predictores en el bloque 2 ofrece una estimación de R-cuadrado de .331 ( $\Delta R^2 = 0.132$ ;  $p < .001$ ). Finalmente, la inclusión de la interacción entre los predictores psicosociales y edad, en el bloque 3, obtiene una R-cuadrado final de .361 ( $\Delta R^2 = 0.031$ ;  $p < 0.001$ ). A pesar de la pequeña magnitud, el incremento de la R-cuadrado fue estadísticamente significativo. Todas las interacciones entre edad y las variables psicosociales fueron

significativas, excepto en el caso de la interacción de edad y prioridad de aceptación social, y edad y dependencia. Las estimaciones del modelo retenido se presentaron en la Tabla 3.8.

**Tabla 3.7.** Correlaciones entre los predictores psicosociales y percepción de salud

	PS	RS	AEA	PAS	CVD	D	PG
PS	1	--	--	--	--	--	--
RS	.294**	1	--	--	--	--	--
AEA	.288**	.382**	1	--	--	--	--
PAS	.378**	.357**	.529**	1	--	--	--
CVD	.279**	.346**	.381**	.243**	1	--	--
D	.095**	-.162**	.132**	-.076*	.006	1	--
PG	.339**	.233**	.437**	.614**	.332**	.272**	1

*Nota:* PS = Percepción de Salud; RS = Relaciones Sociales; AEA = Apoyo Emocional de Amigos; PAS = Prioridad de Aceptación Social; CVD = Calidad de Vida relacionada con el Desempeño; D = Dependencia; PG = Prioridad de Generatividad; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

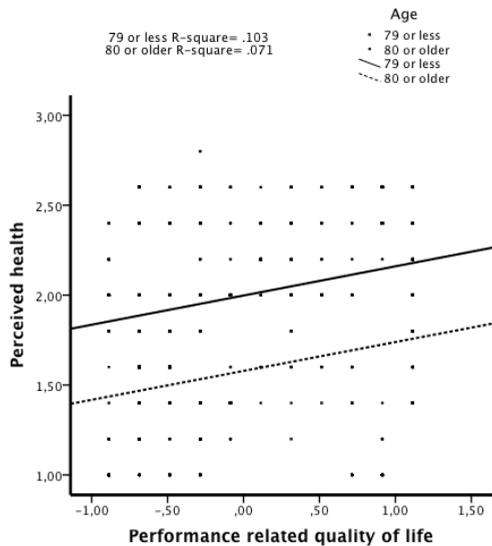
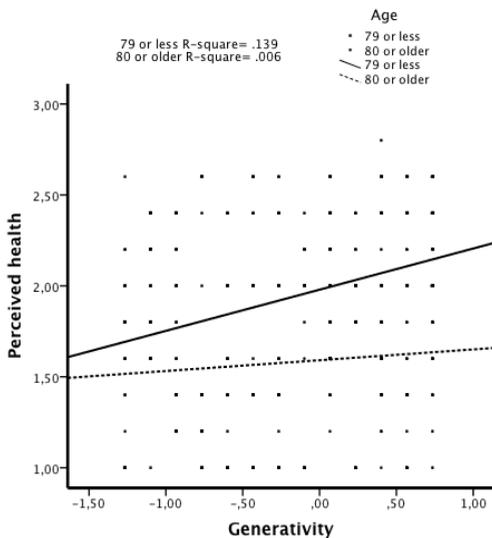
**Tabla 3.8.** Coeficientes de regresión, errores estándar y pruebas de significación del modelo final de regresión jerárquica

<b>Predictores</b>	<b>B</b>	<b>EE</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
Constante	2.072	.044		46.727	.000
Edad	-.502	.039	-.483	-12.852	.000
Género	-.057	.025	-.059	-2.262	.024
Calidad de Vida	.079	.020	.134	3.894	.000
Generatividad	.053	.031	.077	1.739	.082
Aceptación Social	.101	.028	.156	3.628	.000
Relaciones Sociales	.012	.010	.041	1.184	.237
Apoyo Emocional de Amigos	.111	.032	.139	3.477	.001
Dependencia	.059	.021	.094	2.836	.005
Edad * Calidad de Vida	.210	.043	.189	4.850	.000
Edad * Generatividad	-.225	.056	-.167	-3.997	.000
Edad * Aceptación Social	.091	.053	.072	1.725	.085
Edad * Relaciones Sociales	-.099	.027	-.158	-3.652	.000
Edad * Apoyo Emocional	-.208	.060	-.141	-3.451	.001
Edad * Dependencia	.037	.042	.029	.888	.375

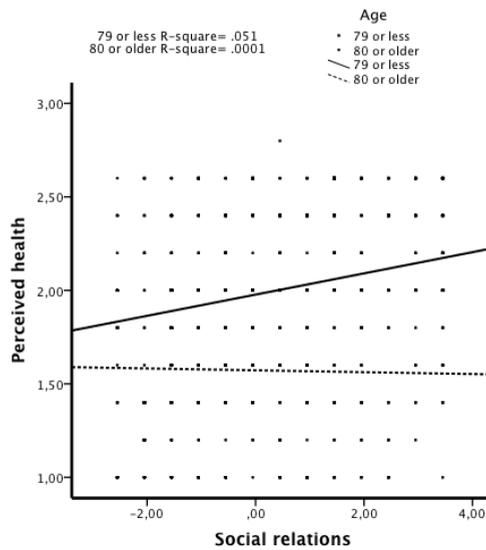
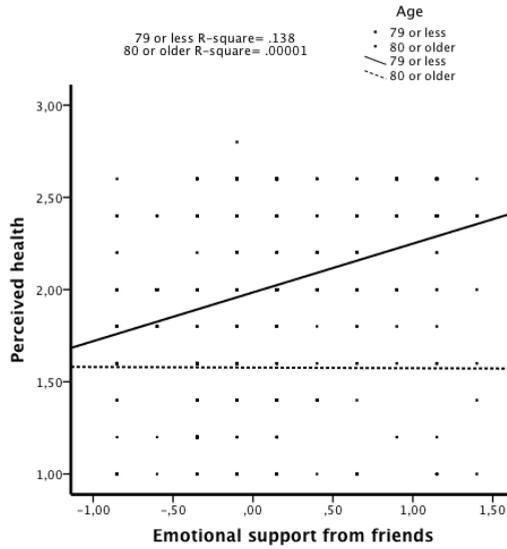
Los resultados muestran una relación significativa negativa entre edad y percepción de salud, con medias más bajas en percepción de salud de las personas más mayores de la muestra. Las relaciones entre el género y la salud percibida fueron significativas pero de baja magnitud, mostrando que las mujeres mayores de Angola tienen menor percepción de salud. Las personas viudas tuvieron una ligera mejor salud percibida que las personas con otro estado civil. Las personas mayores

institucionalizadas se percibían con peor salud que las personas que habitan en comunidad. La calidad de vida relacionada con el desempeño, la prioridad de aceptación social, el apoyo emocional de amigos y la dependencia, a su vez, se relacionaron positiva y significativamente con la percepción de salud, pero con un efecto relativamente pequeño. Finalmente, las interacciones estadísticamente significativas mostraron un patrón de cambios prediciendo percepción de salud: mientras la calidad de vida relacionada con el desempeño, la generatividad, las relaciones sociales y el apoyo emocional de amigos fueron buenos predictores para las personas mayores más jóvenes de la muestra, éstas no tuvieron tal importancia en el caso de las personas más mayores. Esta interacción se presenta en la Figura 3.8. En general, la varianza explicada por el modelo es considerable.

**Figura 3.8.** Efectos significativos de moderación de edad en la Percepción de salud



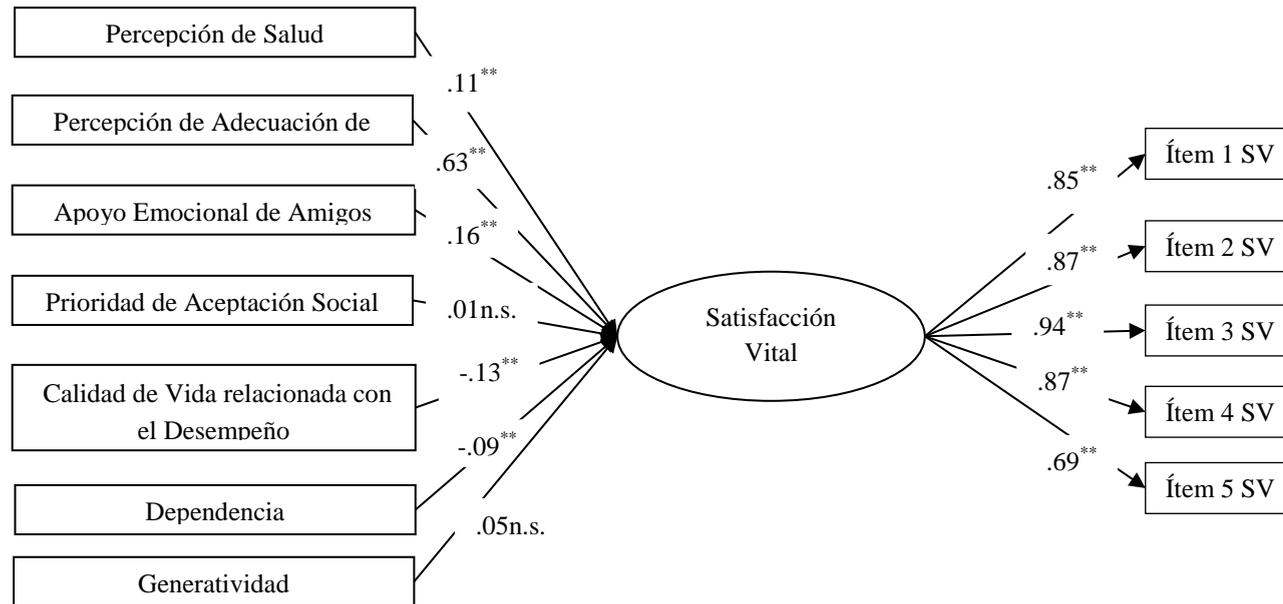
**Figura 3.8.** Efectos significativos de moderación de edad en la Percepción de salud (continuación)



### **3.6. Prediciendo la satisfacción vital en personas mayores angoleñas: un modelo estructural**

Una vez confirmada la estructura latente del cuestionario de satisfacción de vida, se estableció un modelo MIMIC. Este modelo se planteó con el objetivo de modelar los efectos de variables relacionadas con el proceso de envejecimiento y la satisfacción con la vida, controlando estadísticamente la percepción de salud. El modelo tiene una justificación clara: son numerosas las variables que pueden afectar o, al menos, estar relacionadas con la satisfacción vital de las personas mayores y, por tanto, pueden ser predictores potenciales del envejecimiento con éxito. Las variables incluidas en el modelo son, en general, medidas de apoyo social (apoyo emocional de amigos, adecuación percibida de las relaciones sociales y prioridad de apoyo social), envejecimiento activo (dependencia y calidad de vida relacionada con el desempeño) y generatividad. Todas estas variables, junto con la percepción de salud, fueron hipotetizadas con un impacto directo en el bienestar, como se puede observar en la Figura 3.9. Estas variables estaban interrelacionadas, convirtiéndose en covarianzas estimadas en el modelo estructural, entre todas las variables exógenas con correlaciones significativas. Las correlaciones aparecen en la Tabla 3.9.

**Figura 3.9.** Modelo MIMIC para predecir Satisfacción de vida



*Nota:* Todos los coeficientes han sido estandarizados; Para ayudar a la claridad, no se muestran las correlaciones entre los predictores.

**Tabla 3.9.** Correlaciones entre los predictores del modelo MIMIC

	PS	RS	AEA	PAS	CDV	D	PG
<i>PS</i>	1	--	--	--	--	--	--
<i>AS</i>	.294**	1	--	--	--	--	--
<i>AEA</i>	.288**	.382**	1	--	--	--	--
<i>PAS</i>	.378**	.357**	.529**	1	--	--	--
<i>CVD</i>	.279**	.346**	.381**	.243**	1	--	--
<i>D</i>	.095**	-	-.076*	.132**	.006	1	--
		.162**					
<i>PG</i>	.339**	.233**	.437**	.614**	.332**	.272**	1

*Nota:* PS = Percepción de Salud; RS = Relaciones Sociales; AEA = Apoyo Emocional de Amigos; PAS = Prioridad de Aceptación Social; CVD = Calidad de Vida relacionada con el Desempeño; D = Dependencia; PG = Prioridad de Generatividad; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ .

El modelo teórico inicial (Figura 3.8) tiene un ajuste de los datos razonablemente bueno:  $\chi^2_{33} = 408.75$ ;  $p < .001$ , CFI = .944, GFI = .922, SRMR = .031, y RMSEA = .107 (90%, CI .097, -.116). Sólo el RMSEA se mostró inadecuado. Sin embargo, no se realizaron modificaciones post-hoc,

especialmente teniendo en cuenta que los índices de modificación a posteriori no mostraban que se pudiera mejorar el modelo añadiendo relaciones, y que la interpretación de los parámetros estimados fue razonable de acuerdo a los resultados empíricos previos, y los argumentos lógico-teóricos, las hipótesis. En consecuencia, el modelo fue retenido como una representación suficiente de los datos. Los parámetros estandarizados se presentan en la Figura 3.8.

La parte de medida del modelo, mostró una adecuada relación entre los indicadores y su correspondiente variable latente (satisfacción de vida), con cargas factoriales extremadamente grandes y fiables (empezando en un mínimo de .69). En términos de calidad de vida, el principal predictor fue la adecuación de relaciones sociales (.63,  $p < .01$ ), aunque el apoyo emocional de amigos también tuvo un importante efecto positivo (.16,  $p < .01$ ). Otros efectos estadísticamente significativos, aunque más modestos, fue tanto el positivo de percepción de salud (.11,  $p < .01$ ) como el negativo de calidad de vida relacionada con el desempeño (-.13,  $p < .01$ ) y dependencia (-.09,  $p < .01$ ). Dos de los predictores no resultaron estadísticamente significativos con satisfacción de vida: generatividad (.05,  $p > .05$ ) y prioridad de las relaciones sociales (.02,  $p > .05$ ). En conjunto, en el modelo la cantidad de varianza explicada de satisfacción de vida por todos los predictores fue grande ( $R^2 = .56$ ).

### **3.7. Prediciendo la satisfacción con la vida en las personas más mayores: un estudio sobre efectos de moderación**

Se utilizó un modelo de regresión jerárquica para poner a prueba los efectos principales de varias variables relacionadas con el proceso de envejecimiento y, adicionalmente, la interacción entre estos predictores y la edad (mayores jóvenes *vs.* más mayores). La secuencia de modelos fue: a) el primer bloque incluyó el género, la percepción de salud y la edad (mayores *vs.* más mayores); b) el segundo bloque incluyó seis predictores psicosociales, la calidad de vida relacionada con el desempeño, generatividad, prioridad de relaciones sociales, relaciones sociales, apoyo emocional de amigos y nivel de dependencia; c) el tercer bloque incluyó la interacción entre la edad y los seis predictores psicosociales. La secuencia permitió, primeramente, probar si las variables psicosociales tradicionalmente relacionadas con la vejez y el envejecimiento de éxito eran capaces de predecir más allá del efecto de las variables basales como el género, la edad y la salud; y, en segundo lugar, si la potencial relación era diferente cuando se comparaban mayores más jóvenes y más mayores.

El paso o bloque 1 obtuvo una R-cuadrado de .257. La edad y la percepción de salud fueron predictores significativos de la satisfacción vital, mientras que el género no fue estadísticamente significativo. La inclusión del predictor en el bloque 2 ofrece una estimación de la R-cuadrado de .572 ( $\Delta R^2 = .315$ ;  $p < .001$ ). Finalmente, de la inclusión de la interacción en el bloque 3 resultó una R-cuadrado final de .578 ( $\Delta R^2 = .006$ ;  $p = .033$ ). El incremento en la R-cuadrado fue estadísticamente significativo, aunque de pequeña magnitud. Sólo hubo una interacción significativa o efecto de moderación, la que existe entre la calidad de vida relacionada con el desempeño y la edad.

La estimación del modelo retenido se presenta en la Tabla 3.10. La edad se relacionó negativa y significativamente con la satisfacción vital, lo que se traduce en una satisfacción con la vida menor para los de edad más avanzada en comparación con los más jóvenes. Las relaciones y el apoyo social se relacionaron, a su vez, de forma positiva con la satisfacción vital, y tuvieron un gran efecto. Otro efecto principal significativo fue el encontrado en la dependencia, pero el tamaño de este efecto fue relativamente pequeño. Finalmente, la interacción estadísticamente significativa se puede entender mejor gráficamente. La Figura 3.10 muestra que la relación entre la calidad de vida relacionada con el desempeño, un indicador del envejecimiento activo, y la satisfacción con la vida fueron más relevantes en el caso de los mayores más jóvenes,

frente a los mayores más mayores, que mostraron una relación casi inexistente. En general, la cantidad de varianza explicada por el modelo puede ser considerada como bastante grande.

**Tabla 3.10.** Coeficientes de regresión, errores estándar y pruebas de significación para el modelo de regresión jerárquica final

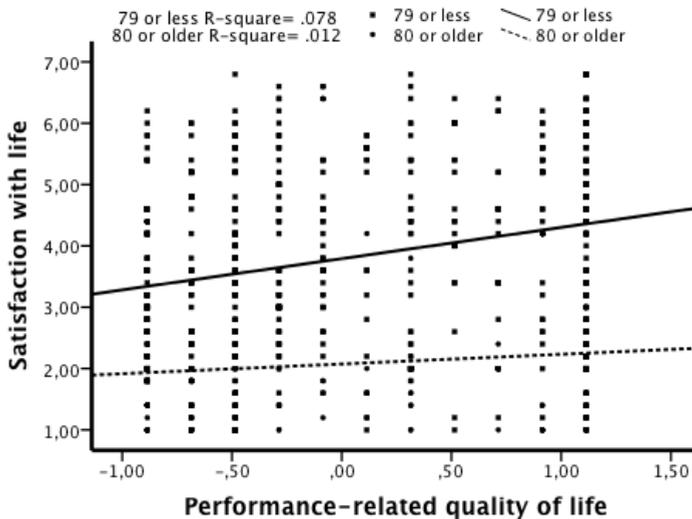
Predictores	B	Error Estándar	$\beta$	t	p
Constante	3.314	.216		15.315	.000
Edad	-.885	.115	-.251	-7.691	.000
Género	-.008	.069	-.002	-.110	.913
Salud percibida	.130	.087	.038	1.496	.135
Calidad de vida	-.036	.055	-.018	-.658	.511
Generatividad	.068	.084	.029	.814	.416
Aceptación Social	-.001	.076	.000	-.012	.991
R. Sociales	.538	.027	.549	19.833	.000
Apoyo emocional	.449	.088	.165	5.112	.000
Dependencia	-.116	.057	-.055	-2.046	.041

**Tabla 3.10.** Coeficientes de regresión, errores estándar y pruebas de significación para el modelo de regresión jerárquica final (continuación)

Predictores	B	Error Estándar	$\beta$	t	p
E*CV	-.257	.119	-.068	-2.154	.032
E*G	-.080	.155	-.017	-.514	.607
E*AS	-.019	.144	-.005	-.134	.893
E*RS	-.086	.074	-.041	-1.161	.246
E*AEA	.068	.165	.014	.415	.678
E*D	-.041	.115	-.009	-.359	.719

*Nota:* E= edad; CV= calidad de vida; G= generatividad; RS; relaciones sociales; AEA= apoyo emocional de amigos; D= dependencia.

**Figura 3.10.** Efecto moderador de la edad en la calidad de vida relacionada con la dependencia y la satisfacción vital





## **4. DISCUSIÓN**



Al tratarse de una tesis basada en los resultados de una investigación publicados en revistas de impacto, existen diversas contribuciones individuales de cada uno de los trabajos publicados y, como no podría ser de otra manera, la discusión gira en torno a esas grandes aportaciones. Los siete artículos incluidos presentan tres tipos de contribuciones diferenciables, todas ellas, enmarcadas en el análisis del envejecimiento de los mayores angoleños:

- (1) **Validación de medidas en portugués para su uso en población mayor.** Con los trabajos “*Validación de la versión portuguesa de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra de personas mayores*” y “*La medida de la salud percibida en el proceso de envejecimiento: una validación de la Escala de Percepción de Salud*”.
- (2) **Estudio de factores sociodemográficos de las personas mayores de Angola.** Con los trabajos “*Variables sociodemográficas y envejecimiento con éxito en personas mayores angoleñas*” y “*Percepción de calidad de vida en una muestra de ancianos Angoleños*”.
- (3) **Modelos explicativos de la salud percibida, la satisfacción vital y la calidad de vida en personas mayores de Angola.** Con los trabajos “*Prediciendo la*

*salud percibida en personas mayores angoleñas: el efecto moderador de ser más mayor*”, “*Prediciendo la satisfacción vital en personas mayores angoleñas: un modelo estructural*” y “*Prediciendo la satisfacción con la vida en personas más mayores: un estudio de efectos de moderación*”.

De este modo, la discusión se estructurará en torno a estos tres objetivos de investigación, y los correspondientes estudios.

#### **4.1. Validación de medidas en portugués para su uso en población mayor**

En primer lugar se validó la versión portuguesa de la Escala de Satisfacción con la vida. Esta escala se presenta como una medida breve de satisfacción vital basada en un juicio general sobre la vida (Diener *et al.*, 1985).

La validación de la escala ofrece resultados de consistencia interna, factorial y validez criterial en una muestra de personas mayores de Angola. En general, los resultados muestran que la medida tiene una buena estructura factorial, con una fiabilidad adecuada, y una validez criterial aceptable.

Para evaluar la validez factorial se utilizó un Análisis Factorial Confirmatorio de un solo factor, tal y como se había establecido ya en diferentes lenguas y contextos transculturales (e.g. Atienza *et al.*, 2000; Blais *et al.*, 1989; Lewis *et al.*, 1995; Lewis *et al.*, 1999; Pons *et al.*, 2002; Shevlin y Bunting, 1994). El ajuste para la estructura de un factor se mostró excelente para los datos, confirmando la unidimensionalidad de los cinco ítems de la escala. Las cargas factoriales fueron de .68 a .94, en la línea de las cargas encontradas por los autores de la escala, con un rango de .61 a .84, incluso a pesar de que los autores utilizaron Análisis Factorial Exploratorio (Diener, *et al.*, 1985). Estos resultados son de especial interés puesto que supone que la validez factorial de la escala se replica a través del lenguaje y las diferencias culturales en las muestras. Así, por ejemplo, una validez similar emerge en muestras de habla inglesa o habla española (Atienza *et al.*, 2000; Requena, López, González, y Ortiz, 2009), y ahora en personas de habla portuguesa.

Los análisis ofrecen evidencia de unos niveles adecuados de consistencia interna de la escala. El alfa de Cronbach fue de .92, mayor que los ofrecidos por otros autores en la misma escala (Atienza *et al.* 2000; Cabañero *et al.*, 2004; Laranjeira, 2009; Requena *et al.*, 2009), incluso más alto que los encontrados por los autores de la escala (Diener *et al.*, 1985). Por tanto, la consistencia interna en la presente muestra es

relativamente mayor que en la muestra del estudio original de la Escala de Satisfacción con la Vida.

Con respecto a la validez de criterio, la investigación en torno a la satisfacción vital ha empleado una gran variedad de indicadores, como la salud percibida, la generatividad, la percepción de control o el apoyo emocional. De este modo, por ejemplo, Cabañero *et al.* (2004) estudiaron la fiabilidad y la validez de la Escala de Satisfacción con la Vida encontrando una relación positiva entre este constructo y la salud percibida, tal y como se da en esta misma investigación. También se ha encontrado una relación positiva entre la satisfacción vital y la generatividad, semejante a la obtenida por McAdams *et al.* (1993). En cuanto a la percepción de control y al apoyo emocional, también se hallaron relaciones positivas entre ellos y la satisfacción con la vida, en la misma línea de los resultados de otros autores (Infurna, Ram, WagnerGerstorff, y Schupp, 2011; Theurer y Wister, 2010).

En segundo lugar, se validó la versión portuguesa y española de la Escala de Percepción de Salud (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996) en población mayor, añadiendo información acerca de la validez criterial en un número relevante de criterios utilizados en la literatura de envejecimiento.

Se estimaron dos Análisis Factoriales Confirmatorios de un factor para evaluar la validez factorial de la escala, uno de ellos en cada muestra. Esta estructura de un factor es la propuesta y hallada en los factoriales exploratorios de los autores de la escala. Los índices robustos, tomados en conjunto, muestran un adecuado ajuste de los datos, confirmando la unidimensionalidad de los cinco ítems de la escala. Los resultados de las cargas factoriales son muy similares a los encontrados en la validación original, por medio de análisis de componentes principales, con valores de .62 a .78 (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1996). Además, se evaluó la equivalencia métrica de las dos versiones y, de acuerdo a lo visto en los resultados, se cumple la invarianza métrica de ambas versiones. Estos resultados son de especial interés puesto que la validez factorial de la Escala de Percepción de Salud no había sido evaluada nunca mediante Análisis Factorial Confirmatorio. Ni en la versión original (española) ni en la versión portuguesa, y tampoco nunca se había puesto a prueba la invarianza de la medida.

Los resultados relativos a la fiabilidad ofrecen una clara evidencia de la fiabilidad y la consistencia interna de ambas versiones de la escala. El alfa de Cronbach fue de .75 para la versión en español y .79 para la versión en portugués, mayor que el ofrecido por los autores de la escala (.73; Fernández-Ballesteros *et al.*, 1996).

La validez criterial se evaluó con una serie de constructos típicamente relacionados en la literatura sobre envejecimiento, en una dirección consistente, con la percepción de salud (satisfacción con la vida, apoyo social, generatividad, compromiso activo, sentido de la vida, religión/fe y esperanza). Un ejemplo de esto son los resultados hallados por Cabañero *et al.* (2004), ya mencionados anteriormente. Multitud de trabajos han mostrado que la salud subjetiva se relaciona estrechamente con la satisfacción con la vida y es uno de los mejores indicadores de la calidad de vida en personas mayores (Bisconti & Bergeman, 1999; Fernández-Ballesteros *et al.* 1996; Lehr, 1982). Por lo tanto, la correlación positiva y grande de la Escala de Percepción de Salud con la satisfacción con la vida es una clara evidencia de validez.

Los resultados con respecto a otros predictores evaluados en la muestra española van en la misma línea. Por ejemplo, Koenig *et al.* (2001) encontraron en una revisión que las creencias/prácticas religiosas estaban consistentemente asociados a una mejor salud, tal y como ocurre en este trabajo. George, Larson, Koenig y McCullough (2000) y Levin (1994) encontraron un vínculo consistente entre la espiritualidad y la salud física y mental. Finalmente, la relación entre la salud percibida y la esperanza, aunque no ha sido tan probada, es consistente, tal y como apunta la literatura acerca de los beneficios de la esperanza en el bienestar y la satisfacción con la

vida, y consecuentemente con la salud percibida (Bailey & Snyder, 2007; Halama, 2010; Marques, Lopez y Mitchell, 2012; Wong & Lim, 2009). En cuanto a los predictores evaluados en la muestra portuguesa, Bishop *et al.* (2006) estudiaron la relación entre el apoyo social y verse afectado por discapacidades de diversos tipos, evaluadas con medidas de enfermedad, medicación y salud general, y encontraron una correlación significativa y positiva, tal y como ocurre en este trabajo. En este estudio, además, también se da una relación positiva entre la percepción de salud y la generatividad, semejante a la obtenida por Efklides *et al.* (2003) o por Keyes y Ryff (1998). En esta línea, Moon, Park y Cho (2010) hallaron una relación positiva entre la falta de participación en las actividades sociales y la percepción de mala salud en los adultos mayores, lo cual es coherente con la relación positiva entre la percepción de salud y la calidad de vida relacionada con el desempeño. De este modo, se puede concluir que todas las relaciones apuntan a una adecuada validez de criterio, en ambas muestras.

## **4.2. Estudio del efecto de factores sociodemográficos de las personas mayores de Angola sobre la calidad de vida y el envejecimiento con éxito**

De acuerdo con datos ofrecidos por Naciones Unidas (1999), el envejecimiento de la población es más acusado en las regiones de África, donde el número de personas mayores se proyecta que aumente cinco veces, de 23 millones en 1980 a 102 en 2025. Entre los resultados de esta investigación destaca la asociación de los factores sociodemográficos con la calidad de vida de las personas mayores en contexto africano, en la línea de lo encontrado en sociedades occidentales. Éstos han de interpretarse a la luz del marco teórico de envejecimiento exitoso. Es decir, los factores que ayudan a explicar las diferencias en salud, satisfacción vital e interacciones sociales en personas mayores angoleñas son los que se han identificado como promotores del envejecimiento con éxito.

La importancia de los resultados de este trabajo aumenta cuando se tiene en cuenta la cultura africana y el contexto socio-histórico de Angola. Las personas mayores de la presente muestra han vivido un periodo de guerras de más de 40 años, desde la Guerra de la Independencia de 1961. Junto con este largo periodo de guerras, Angola ha sufrido grandes cambios

sociológicos y económicos. De particular importancia para las personas mayores ha sido el cambio de la población rural a la urbana: los habitantes de Luanda eran alrededor de 600.000 al inicio de la Guerra de la Independencia, mientras que la población es de alrededor de 8 millones en la actualidad. La mayor parte de este crecimiento de la población urbana fue debido a la reubicación forzada, en última instancia, también debida a la guerra. No obstante, esta rápida urbanización ha sido común en todos los países subsaharianos (Ezeh, Chepngeno, Kasiira y Woubalem 2006). Se sospecha que este hecho ha debilitado los lazos familiares que tenían las personas mayores en el pasado (Kodzi, Gyimah, Emina, y Ezeh, 2011), puesto que disminuye el número y la proximidad de los miembros de la red social, así como va cambiando la cultura tradicional africana, según la cual los ancianos deben ser cuidados por sus hijos (Unanka 2002). Además de la urbanización y la pérdida de los tradicionales lazos y compromisos familiares, las regiones subsaharianas han sufrido una alta mortalidad de adultos a causa del VIH/SIDA. Este hecho ha producido un enorme número de huérfanos que son cuidados, normalmente, por los abuelos (Help Age International, 2002; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006; United Nations Children's Fund, 2003). En definitiva, las personas mayores subsaharianas se “caracterizan por deficiencias crecientes en los sistemas tradicionales de apoyo a la familia, vulnerabilidad a la pobreza y exclusión de los servicios de salud” (Aboderin, 2005, p. i).

En primer lugar, en el estudio de la percepción de calidad de vida, los principales resultados señalan que la división en dos grupos de edad, que se corresponderían, *grosso modo*, con las nociones de tercera y cuarta edad, supone una diferencia importante en la calidad de vida de las personas mayores. En concreto, estar en el grupo de cuarta edad (muy mayores), produce una clara merma tanto de la satisfacción vital como de la salud percibida. Este resultado general es consistente con abundante literatura sobre la relación de la edad con la salud, percibida u objetiva, en otras poblaciones, especialmente de países del primer mundo (Gwozdz y Sousa-Poza, 2010; Smith *et al.*, 2002; Wyshak, 2003); y es también consistente con la abundante literatura que muestra un cierto declinar, muy ligero, de la satisfacción vital en la vejez, pero que aún resulta más acusado entre los más mayores (Berg *et al.*, 2009; Enkvist *et al.*, 2012; Oliver *et al.*, 2009). Parece que, como argumentan Smith *et al.* (2002), las experiencias positivas de la vida aparecen más comprometidas en este subgrupo de los mayores, o como Baltes (1997) y Smith y Baltes (1997) ya señalaron, el paso de la tercera a la cuarta edad es un gran desafío psicológico. De este modo, parece ser que las personas mayores ven cómo su satisfacción y salud percibida decrece, de forma sustancialmente más abrupta, a partir de los 80 años, lo que puede fundamentar los estudios oficiales que ya distinguen este grupo de edad. No obstante, un estudio pormenorizado para saber a partir de qué edades concretas se producen esos potenciales puntos de corte

de edad, en que la calidad de vida empieza a deteriorarse, debieran contemplar la edad de forma cuantitativa.

Los resultados al respecto de las diferencias de género no van en la línea de la mayoría de estudios, que han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres mayores en diversas medidas de calidad de vida y especialmente de salud (Antonucci *et al.*, 2002; Nygren *et al.*, 2005). Es decir, no se dan diferencias significativas por razón de sexo, ni en satisfacción de vida ni en salud percibida. Evidentemente, y aunque es prematuro afirmarlo, podemos estar ante una diferenciación de tipo cultural, producida por el contexto angoleño. Quizás esto se deba a que se trata de un colectivo de la población que ha vivido la mayor parte de su vida entre conflictos bélicos, y este hecho haya igualado las condiciones de salud y de calidad de vida entre ambos sexos. También resulta posible que los roles más tradicionales de hombres y mujeres se hayan visto afectados por el hecho de que se trata de población mayoritariamente rural, que ha sufrido un proceso de migración forzada hacia la ciudad en los últimos 25 años. El rol social tradicional de ambos, así como las condiciones físicas del entorno, han sufrido, consecuentemente, un cambio sustancial. Una comparación de contextos rurales y urbanos en Angola podría arrojar luz sobre esta interpretación. El género sí mostró un pequeño efecto moderador. Esta interacción, que mostraba una ligerísima menor caída de la satisfacción en las mujeres mayores de 80 años que

en los hombres, era no obstante de una magnitud extremadamente pequeña, explicando una parte ínfima de la varianza. Es decir, las mujeres no experimentan un declive de la satisfacción tan grande como la de los hombres cuando llegan a los 80 años, aunque sí decrece, pero en menor medida. De manera especulativa, se podría afirmar que los factores a los que tienen que hacer frente las personas más mayores afectan en menor medida a las mujeres. Por ejemplo, el hecho de perder a sus amigos/esposos por fallecimiento llegados a una cierta edad, puede afectar en menor medida a las mujeres que se han desarrollado en medio de conflictos bélicos y están “habituadas” a la pérdida de seres queridos, frente a lo que ocurre en otros contextos. También puede ser que las mujeres se sientan más satisfechas con su vida porque quizás se desprenden de cargas al llegar a cierta edad, ya sea porque la carga desaparece o porque ya no son capaces de asumirla.

Por otra parte, con respecto a la institucionalización de las personas mayores, aun no siendo de una cuantía elevada, se observa el patrón ya encontrado en que los institucionalizados presentan menos salud percibida y menos satisfacción (Naleppa, 1997; Noro y Aro, 1996). Este hecho plasma la situación de las personas que están en residencias, que suelen ser personas con enfermedades más incapacitantes, que suponen una mayor carga para las familias, e incluso personas que no disponen de apoyo familiar. Esto, sin lugar a dudas, puede mermar tanto la salud

percibida como la satisfacción vital. Además, se ha encontrado un efecto de interacción de la edad y la institucionalización, en el caso de la satisfacción vital. Este efecto evidencia que la mayor satisfacción vital que presentan los no institucionalizados desaparece cuando llegan a la cuarta edad. Esto es, ya no supone ganancia en los más mayores el encontrarse fuera de la residencia. Quizás, el peso de la edad y las consecuencias que ésta conlleva, hacen que dónde te encuentres pierda cierta importancia. Existen resultados similares en la literatura. Así, Smith *et al.* (2002) plantean que la ausencia de relaciones encontrada en variables relevantes en los másy mayores puede deberse a que se ha alcanzado el límite de adaptación al declinar de la salud. Una vez más, y parafraseando a estos autores, una salud deteriorada en la edad muy avanzada puede, eventualmente, ser un factor abrumador que amortigua la capacidad para tener experiencias emocionales positivas o, al menos, limitar las oportunidades para tenerlas.

Decía Sommerhalder (2010) que los resultados positivos del envejecimiento normal ocurren cuando los individuos usan estrategias de adaptación para el cambio asociadas al proceso. En este sentido, los resultados encontrados en el presente trabajo parecen estar en la línea de lo expresado por Smith *et al.* (2002), quienes señalan que la capacidad de adaptación del individuo a una salud en declive, llega en un momento de la vida en que alcanza un límite crítico. El estrés continuado de tener que lidiar

con múltiples enfermedades, con la fragilidad, la pérdida de capacidades y las pérdidas sociales que caracterizan a la cuarta edad, parecen poner a prueba los límites de la satisfacción y la salud percibida. Esto resulta especialmente relevante en la población de ancianos angoleños, por su particular historia de vida a lo largo de tantas décadas de guerra, lo cual sin duda, habrá producido una importante huella en su proceso de envejecimiento. Por otro lado, la falta de estudios que analicen a los ancianos angoleños en su situación actual hace necesario que se proporcione un punto de partida, y éste puede ser un buen comienzo.

En primer lugar, la edad, y más concretamente la mayor edad, ofrece diferencias en la magnitud de calidad de vida y la adecuación de la red social. Las personas más mayores tienen peor percepción de salud, satisfacción con la vida, relaciones sociales y apoyo emocional. Este resultado coincide con la mayor parte de la evidencia encontrada en la literatura en torno a la salud (Gwozdz y Sousa-Poza, 2010; Smith *et al.*, 2002; Wyshak, 2003). También coincide con el ligero descenso de la satisfacción con la vida encontrado en varios estudios (Berg *et al.*, 2009; Enkvist *et al.*, 2012; Oliver *et al.*, 2009) y con la literatura acerca de las relaciones y redes sociales y envejecimiento (Bould, Sanborn y Reif, 1989; Bowling y Browne, 1991; Greenblatt, Becerra y Serafetinides, 1982), aunque en este caso de forma más indirecta. Coincidiendo con

Smith *et al.*, (2002), la experiencia de aspectos positivos de la vida está especialmente comprometido en el grupo de los más mayores, o con Baltes (1997) y Smith y Baltes (1997), que señalan que la transición de la tercera a la cuarta edad parece suponer un gran cambio psicológico.

En segundo lugar, el género ofrece diferencias estadísticamente significativas en percepción de salud y apoyo emocional, las mujeres se perciben con peor salud, pero con mayor apoyo, aunque estas diferencias son de muy baja magnitud (alrededor de un 1% de la varianza). Estas diferencias van en la línea de lo encontrado por Antonucci *et al.* (2002) y Nygren *et al.* (2005) en medidas de salud, y son también consistentes con los resultados encontrados por Troll (1994), según los cuales las mujeres tienen redes sociales más amplias. Dos de las interacciones entre edad y género resultaron significativas, pero de nuevo explicando un porcentaje muy pequeño de la varianza. Estas interacciones en satisfacción con la vida y apoyo emocional indican que los hombres tienen una disminución más pronunciada en ambos constructos, en comparación con las mujeres.

En tercer lugar, con respecto a las diferencias en torno al estado civil, se dan diferencias pero de nuevo tienen un bajo porcentaje de varianza explicada. No obstante, la salud percibida y las relaciones sociales de los viudos están más comprometidas que las de los casados y los solteros/divorciados. Estos

resultados apoyan numerosos estudios previos, con menor salud percibida y más depresión en los viudos (Carr *et al.*, 2000; Laditka y Laditka, 2003), así como lo hallazgos de Greenblatt, Becerra y Serafetinides (1982), que encontraron que los cónyuges son una de las figuras más importantes de apoyo, figura que se pierde cuando el esposo/a muere. En la misma línea, Berg *et al.* (2009), por medio de curvas de crecimiento, encontraron una disminución lineal significativa en la satisfacción con la vida de los más mayores, conforme la edad aumenta, y esta disminución lineal se ve afectada por la pérdida de la pareja, en particular en los hombres. También había dos interacciones significativas de la edad con estado civil en satisfacción con la vida y relaciones sociales, pero de nuevo con un porcentaje de varianza explicado muy pequeño. Los efectos de la interacción, sin embargo, son claramente interpretables: la ventaja que tienen los casados menos mayores (tercera edad) en satisfacción con la vida y relaciones sociales, desaparece con el paso al grupo de los más mayores (cuarta edad).

En cuarto lugar, el nivel educativo ofrecía un efecto principal que, aunque algo débil, era consistente con la literatura con una asociación positiva entre el nivel educativo y la calidad de vida, encontrada en varios estudios (Deci y Ryan, 2008; Diener, Oishi y Lucas, 2003; Enkvist *et al.*, 2012; Oliver *et al.*, 2009). También en este caso se dan interacciones significativas, aunque de pequeña magnitud, del nivel educativo y la edad. Las

interacciones muestran una disminución de la satisfacción vital y las redes sociales producida por el envejecimiento en las personas mayores con mayor nivel educativo. Esta interacción era la contraria en el caso de la salud percibida, en que las personas más mayores con un alto nivel educativo perciben una mejor salud, un patrón que podría asociarse con la potencial riqueza relacionada con los niveles educativos más altos en Angola.

Finalmente, y al contrario que en resultados previos en España (Cava y Musitu, 2000), los mayores institucionalizados obtienen mejor salud percibida y más relaciones sociales, y el tamaño del efecto es considerable. En ambas variables las personas mayores institucionalizadas tienen peores condiciones que los que no lo están. Sin embargo, este resultado es consistente con la literatura relativa a la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas (Naleppa, 1997; Noro y Aro, 1996; Zamarrón y Fernández-Ballesteros, 2000). No obstante, la edad modera esta relación. El efecto de las interacciones significativas muestra que la ventaja de las personas mayores no institucionalizadas sobre las institucionalizadas desaparece cuando entran en el grupo de mayor edad.

En general, estos resultados permiten concluir que los factores con mayor efecto en la calidad de vida y las relaciones sociales de las personas mayores de Angola son la edad (los más

mayores) y la institucionalización. Además, las interacciones de varios factores con la edad apuntan a que las personas más mayores son claramente el grupo en el que la disminución de la calidad de vida no puede ser compensada por otros factores, frente al caso de los mayores más jóvenes. Estos resultados coinciden con lo argumentado por Smith *et al.* (2002), que señala que las personas más mayores pueden haber alcanzado el límite de adaptación al deterioro de la salud. En otras palabras, “una mala salud en edades muy avanzadas puede ser, eventualmente, un factor amortiguador de la capacidad de experimentar emociones positivas limitando las oportunidades de tener tales experiencias (Smith *et al.*, 2002, p. 729). Y esto, obviamente, incluye la posibilidad de interacciones sociales. La participación social y los contactos, por ejemplo, que son la principal fuente de afecto positivo, pueden verse limitados en los más mayores y llevar a una mala calidad de vida.

### **4.3. Modelos explicativos de la salud percibida, la satisfacción vital y la calidad de vida en personas mayores de Angola**

En primer lugar, se estudió la predicción de la salud percibida a través de un modelo de regresión jerárquico. Este modelo permitió el análisis de un conjunto complejo de variables, sintetizando las conclusiones con más validez que si se estudiaran las variables de manera aislada. De este modo, las estimaciones del modelo evaluaban el potencial efecto de las variables en la salud percibida, que incluían factores socio-demográficos, como el género y la edad, varias variables relacionadas con el proceso de envejecimiento tales como el apoyo social, la percepción de dependencia/actividad y la generatividad, controlando por la edad y el género, y los efectos diferenciales de estas variables en la tercera y cuarta edad.

Con respecto a los efectos de los factores sociodemográficos en la percepción de salud en el contexto de personas mayores angoleñas, surgen varias ideas. Por una parte, la edad es, de lejos, el mayor predictor de percepción de salud, reafirmando el enfoque que caracteriza diferencialmente a las personas más mayores de las más jóvenes con, al menos, peor salud percibida, si no es peor salud también (Gwozdz y Sousa-Poza, 2010; Smith *et al.*, 2002; Wyshak, 2003). Por otra parte, el

género también emerge como un predictor significativo de la salud percibida, aunque de un tamaño menor. De acuerdo con los resultados encontrados, los hombres mayores tienen mejor percepción de salud que las mujeres, consistentemente con la literatura acerca de las diferencias en torno al género (Gorman y Read, 2006; Annandale y Field, 2007). El indicador de estado civil, que distingue entre viudos y otros, muestra un leve efecto positivo, siendo inconsistente con la literatura existente (Carr *et al.* 2000; Laditka y Laditka, 2003). Sin embargo, estos estudios comparan viudos con casados. Por tanto, surge la necesidad de una muestra más amplia que permita comparar los diferentes estados civiles de forma más clara. Por otra parte, estar institucionalizado tiene un efecto significativo y negativo en la percepción de salud. Éste es también un resultado consistente con otros estudios en población de edad avanzada (Dickie, Ludwig, y Blauw, 1979; Naleppa, 1997; Noro y Aro, 1996).

En cuanto a los resultados de predictores psicosociales, destacan varios puntos. En lo referente al efecto del apoyo social en la salud percibida, los resultados de este estudio son, de alguna manera, inconsistentes con la literatura. Gran parte de las investigaciones realizadas en personas mayores señalan los beneficios de las redes sociales y de apoyo social para la salud (Bishop *et al.*, 2006; Brown *et al.*, 2003; Fratiglioni *et al.*, 2000; Fried *et al.*, 2004; Gow *et al.*, 2007; Okabayashi *et al.*, 2004; Stephens, Alpass, Towers y Stevenson 2011; Thanakwang y

Soonthorndhada, 2011; Thanakwang, 2009; Theurer y Wister, 2010; Zunzunegui *et al.*, 2004). Contrario a esta evidencia, el efecto principal de las relaciones sociales en la salud percibida no es estadísticamente significativo, y sólo el apoyo emocional de amigos y la prioridad de la aceptación social tiene un pequeño efecto significativo en este estudio. Sin embargo, cuando estos efectos se estudian teniendo en cuenta la edad, son mucho más intuitivos. Así, cuando el efecto del apoyo social en la percepción de salud se estudia diferencialmente según grupos de edad, las relaciones sociales y el apoyo emocional de amigos muestran relaciones positivas con la salud percibida en el grupo de mayores más jóvenes, en consonancia con la literatura, pero estas relaciones desaparecen en el grupo de los más mayores. Por tanto, existe un efecto moderador relevante de la edad.

Con respecto a las variables relativas al envejecimiento activo, los resultados del estudio muestran una relación positiva con la percepción de salud en el caso de la calidad de vida relacionada con el desempeño, y negativa en el caso de la dependencia. La calidad de vida relacionada con el desempeño es un predictor significativo, aunque de magnitud leve. Cuando se distingue entre tercera y cuarta edad el efecto disminuye. Esta interacción muestra un mayor efecto predictor de la calidad de vida relacionada con el desempeño en la percepción de salud cuando se examina el grupo de los mayores más jóvenes, mientras que disminuye en el grupo de los más mayores. La

dependencia, a su vez, se relaciona de forma positiva con la salud percibida, cuando se estudia la edad como un continuo. Además, el efecto positivo de la dependencia no es el esperado, es contraintuitivo. Sin embargo, un examen detallado de la medida puede arrojar luz a este resultado. Los ítems incluidos en la escala de dependencia no sólo miden dependencia actual, sino que también los temores que producen la dependencia (“*Mi mayor temor es ser una carga para los demás*”), y sentimientos asociados a la dependencia (“*Me siento muy furioso por tener que depender de otros*” o “*No me gusta pedir ayuda*”), ya sea real o potencial. Por lo tanto, es muy posible que las personas que potencialmente temen más o se sienten peor acerca de una posible dependencia sean los que tienen buena salud percibida. Sin embargo, estos resultados necesitan ser escrutados, y señalados como limitaciones del estudio. Los estudios futuros deberían separar los efectos de las dependencias reales y potenciales en la salud de las personas mayores.

La generatividad, como último predictor psicosocial, muestra un gran efecto en la salud percibida, pero sólo cuando se estudia en interacción con la edad. Concretamente, la generatividad se relaciona positivamente con la salud percibida en el grupo de mayores de menor edad, pero no en el de mayor edad. Este resultado va en la línea de los hallazgos de Erikson acerca del ciclo de la vida, en el que hay una nueva etapa de desarrollo para las personas mayores, caracterizada por la

integridad o la desesperación (Erikson, 1982). Mientras que la generatividad sería un predictor significativo para la salud percibida y el bienestar en la tercera edad, la importancia de este constructo se reduciría, e incluso desaparecería, en la cuarta edad.

En general, estos resultados muestran un patrón particular en el proceso de envejecimiento. Los predictores psicosociales son bastante importantes para la percepción de salud, explicando aún más varianza que los factores socio-demográficos, como la edad y el género. Sin embargo, existen diferencias cuando el efecto de estos predictores se estudia entre los distintos segmentos de la población mayor. Cuando esto es así, aún predicen la salud percibida en el grupo de tercera edad, pero empiezan a carecer de sentido en el grupo de cuarta edad, o al menos pierden gran parte de su importancia. Así, el segmento de población más mayor de Angola tiene diferencias cualitativas en percepción de salud y bienestar. Los factores psicosociales pierden su importancia, siendo la edad en sí misma el punto clave.

En segundo lugar, se estudió la satisfacción con la vida de las personas mayores angoleñas mediante un modelo multivariado MIMIC. Los modelos estructurales multivariantes permiten el análisis de un conjunto complejo de variables, sintetizando las conclusiones con menor error y más validez que si las variables de estudio fueran estudiadas en forma

aislada, pues se controla por la presencia de terceras variables en las relaciones.

La percepción de salud se relaciona de forma positiva con la satisfacción vital, tal y como era de esperar. No obstante, la magnitud del efecto es leve. Así, mientras que el efecto coincide con la literatura, el tamaño de éste no representa lo hallado en otras investigaciones de sociedades occidentales. Berg *et al.* (2006) encontraron que la salud percibida tenía el mayor poder explicativo de la satisfacción de vida en una muestra de ancianos suecos. Kunzmann *et al.* (2000), Smith (2001) y Smith *et al.* (2002), en sucesivos estudios en Alemania, también hallaron que la percepción de salud es un predictor relevante de la satisfacción vital. Gwozdz y Sousa-Poza (2010), en otra muestra longitudinal alemana, también encontraron que la percepción de salud era el mayor predictor de la satisfacción vital. Sin embargo, otros estudios son mucho menos concluyentes en la relación entre estas variables. Por ejemplo, Berg, *et al.* (2006) hallaron una correlación positiva univariante entre percepción de la salud general y la satisfacción con la vida, pero esta correlación fue mayor para las mujeres que para los hombres. De hecho, en un análisis multivariante de los mismos datos (regresión múltiple por pasos) permanecía como predictor sólo en el caso de las mujeres. Quizás existe otro proceso que está operando en esta relación. De acuerdo con Gwozdz y Sousa-Poza (2010), la satisfacción con la vida permanece

estable a lo largo del ciclo vital, excepto en la cuarta edad, que sufre un grave declive. Como apuntan Baltes y Smith (2003) “el envejecimiento saludable y exitoso tiene sus límites en la edad” (en Gwozdz y Sousa-Poza, 2010, p. 398). Esto puede no ser el caso de los mayores más jóvenes. Por lo tanto, el efecto moderador encontrado en este trabajo puede ser debido a la amplia gama de años considerados (de 60 a 90 años).

El apoyo social y la red social se relacionan de forma positiva con la satisfacción vital. De los tres indicadores de apoyo social, dos eran predictores significativos de la satisfacción. Específicamente, el apoyo social se midió como un indicador de las buenas relaciones con amigos y familiares, convirtiéndose en el mayor predictor de todo el modelo, con un coeficiente estandarizado positivo y grande. El apoyo emocional de amigos fue también significativo y positivo, con menor impacto pero, aun así, con el segundo mayor coeficiente estandarizado para predecir satisfacción vital. La relación entre las redes familiares y sociales y el bienestar está muy documentada (Bowling y Browne, 1991). Por tanto, los resultados de este trabajo van en la línea de gran parte de la evidencia científica al respecto, que pone de relieve los beneficios de las fuertes redes sociales y el apoyo social en el bienestar y la satisfacción con la vida en la tercera edad (Bishop *et al.*, 2006; Brown *et al.*, 2003; Chan y Lee, 2006; Gow *et al.*, 2007; Okabayashi *et al.*, 2004; Theurer y Wister, 2010). Hay

que señalar, con respecto a los resultados, que hay una gran distancia entre la capacidad de predicción del indicador global de apoyo social y el específico de apoyo emocional de amigos. Este resultado podría ser parcialmente explicado por la relativa importancia que la familia vs. el apoyo de amigos tienen en las personas mayores. De acuerdo con Lang y Carstensen (1998), gran parte del bienestar de las personas mayores depende del mantenimiento de vínculos sociales estrechos, que en su mayoría se tienen con miembros de la familia. Tras la revisión de la literatura, Bowling y Browne (1991) señalan que el cónyuge y los miembros más inmediatos de la familia son los que mayor apoyo proporcionan. La investigación reciente apunta en el mismo sentido. Por ejemplo, Okabayashi *et al.* (2004) encontraron un mayor efecto del apoyo social del cónyuge y/o de los hijos que de los amigos u otros parientes. Sin embargo, los indicadores de apoyo social del presente trabajo son toscos y generales. Por lo tanto, este efecto debe ser estudiado en profundidad, ya que las redes sociales y el apoyo social pueden ser definidos operacionalmente en varios términos, tales como el tamaño, la composición (amigos y familiares), la dispersión geográfica... (Bowling y Browne, 1991).

De otro lado, tal y como era de esperar en base a la literatura, la dependencia se relaciona de forma negativa con la satisfacción vital. Varios autores han encontrado que la

actividad tiene un efecto positivo en el bienestar, la salud y el envejecimiento con éxito (Everard, 1999; Rowe y Kahn, 1997). Puesto que la dependencia se asocia a la actividad, se confirman los resultados encontrados. Meléndez *et al.* (2009) encontraron un efecto positivo multivariado de la autonomía con el índice de satisfacción con la vida, otro resultado en la línea del efecto negativo de la dependencia hallado en este estudio. Sin embargo, el efecto negativo de la calidad de vida relacionada con el desempeño, un indicador del envejecimiento activo, es un resultado contraintuitivo, indicando que la actividad de las personas mayores hace menos probable la satisfacción con la vida cuando se controla por otros predictores en el modelo. Aunque no es un gran efecto (-.13), se trata de un resultado extraño. Adicionalmente, se calculó una correlación bivariada entre la calidad de vida relacionada con el desempeño y la satisfacción con la vida, cuyo resultado fue positivo (.24). No obstante, la correlación positiva se torna negativa (-.14) cuando era parcializada por otros predictores en el modelo. Por tanto, este es un ejemplo de un efecto supresor neto (Cohen, Cohen, West, y Aiken, 2003), en el que X se correlaciona positivamente con Y, pero tiene un coeficiente de regresión negativo. Es decir, dentro de un contexto multivariado, la dirección de las relaciones cambia. Claramente, este efecto necesita una cuidadosa consideración, ya que no va en la línea de la literatura existente al respecto.

La generatividad, por su parte, en contra de lo esperado, no se relaciona de forma positiva con la satisfacción vital. La literatura reciente sobre generatividad señala la importancia de participar en causas sociales que abogan por la paz, la justicia y el cuidado del medio ambiente para el bienestar (Sorrell, 2011). Bianchi (2005) señaló que tener fines y metas sociales se asocian al bienestar. La evidencia empírica de Efklides *et al.* (2003) encuentran una fuerte relación (.34) entre la generatividad y la satisfacción vital en una muestra de personas mayores griegas. Del mismo modo, McAdams *et al.* (1993) también encuentran una correlación de una cuantía similar (.35) entre la generatividad y la satisfacción con la vida. Estas fuertes relaciones no son compatibles con el presente trabajo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que en los estudios mencionados anteriormente se ha encontrado una correlación bivariada, mientras que los resultados de este trabajo se estimaron en el contexto de un modelo multivariado, en el que se tienen en cuenta otros indicadores de envejecimiento. Por lo tanto, el efecto esperado de la generatividad no se ve apoyado en este contexto.

En resumen, las relaciones que se presentaron en el modelo estructural indican que varios indicadores juntos pueden predecir la satisfacción vital en la población mayor de Angola, y que la varianza explicada es lo suficientemente grande como para ser considerada relevante. No obstante, se puede afirmar

que el factor clave asociado a la satisfacción con la vida parece ser el apoyo social.

En tercer lugar, y como *spin-off* del anterior, se estudia la relevancia de varios predictores en la satisfacción con la vida, incluyendo el apoyo social, la percepción de dependencia/actividad y la generatividad, cuando se controla por la edad, el género y la salud percibida. Se incluye en este caso el estudio moderador de la edad, y en concreto se compara cómo funcionan los predictores en personas mayores más jóvenes y más mayores.

Los resultados del efecto del apoyo social sobre la satisfacción con la vida, cuando se controla por la edad, el género y la percepción de salud, tal y como ocurría en el estudio anterior, muestran que se trata del predictor más importante de este constructo. Aunque la prioridad por la aceptación social no mostró efecto predictivo significativo, tanto el indicador de buenas relaciones con la familia y los amigos, como el de apoyo emocional de amigos mostraron relaciones significativas y positivas con la satisfacción vital, explicando una gran cantidad de varianza. Este resultado coincide con la evidencia recogida a través de la literatura científica (Berg *et al.*, 2006; Bishop *et al.*, 2006; Gow *et al.*, 2007; Okabayashi *et al.*, 2004; Theurer y Wister, 2010), extendiéndola de forma significativa, al mostrar cómo este efecto continua siendo importante, incluso controlando por la edad. La satisfacción vital de las personas

más mayores, por tanto, depende de las relaciones sociales, del mismo modo en que ocurre con los mayores más jóvenes. Otros estudios dan apoyo a este hallazgo, ofreciendo evidencia de cómo las buenas relaciones tienen un efecto positivo en la satisfacción vital, siendo este efecto más fuerte en las personas mayores (Bechetti, Pelloni y Rossetti, 2008). Así, la evidencia encontrada representa una relación atemporal entre el apoyo social y la satisfacción con la vida, destacando la importancia de la calidad de la red social, más allá de los sesenta años.

Por otra parte, los resultados sobre capacidad funcional presentan un patrón de similar interpretación. En referencia a la dependencia, esta variable aparece como un predictor significativo de la satisfacción vital, cuando se controla por el género, la edad y la percepción de salud. La relación encontrada va en la misma dirección que la literatura previa, con niveles más bajos de dependencia relacionados con mayores niveles de satisfacción (Hilleras *et al.*, 2001; Meléndez *et al.*, 2009; Menec, 2003; Nilsson *et al.*, 2007; Warr *et al.*, 2004). Sin embargo, el efecto encontrado no es tan grande como se esperaba. En cualquier caso, esto significa que, incluso cuando las personas tienen la misma edad, género y salud percibida, su nivel de dependencia determinará su satisfacción con la vida. Sin embargo, con respecto a la calidad de vida relacionada con el desempeño, no se ha encontrado efecto significativo por sí solo. Este resultado paradójico se explica cuando se estudia la

interacción entre la calidad de vida relacionada con el desempeño con la edad, que se describirá más adelante.

El último predictor estudiado, la generatividad, presenta un efecto no significativo en la predicción de la satisfacción con la vida. Esta evidencia es contraria a lo hallado en los pocos estudios realizados en torno a la generatividad (Efklides *et al.*, 2003; McAdams *et al.*, 1993), y puede deberse al contexto bivariado de los estudios anteriores, o a las particularidades específicas del contexto de Angola. No obstante, otros estudios muestran que no tener hijos no tiene un efecto negativo en el bienestar, al menos no para el bienestar masculino (Hansen, Slagsvold, y Moum, 2009). De hecho, aunque se encontraron diferencias en la satisfacción con la vida entre las personas sin hijos y los padres con hijos en casa, estas diferencias fueron menores en comparación con las mujeres sin hijos y los padres con el nido vacío, y desaparecen cuando la población objeto de estudio son los hombres, no alterando estos resultados la edad de los participantes (también para los más mayores). Así, alguna literatura apunta a una pequeña, e incluso nula, relación entre la satisfacción con la vida y tener relación con los hijos, que puede ser también parte de la generatividad de las personas mayores: no habría beneficios de la generatividad (y la relación con generaciones más jóvenes) sobre la satisfacción con la vida. En cualquier caso, esta relación necesita una consideración más profunda, ya que no está en la línea de la literatura existente.

Con respecto a las interacciones estudiadas, sólo una fue estadísticamente significativa, calidad de vida relacionada con el desempeño y edad, aunque de una magnitud muy pequeña. Los resultados muestran que la calidad de vida es un predictor significativo de la satisfacción vital en personas mayores más jóvenes, pero no para las más mayores. De una parte, este hallazgo aclara la relación inexistente cuando se estudia la calidad de vida relacionada con el desempeño como predictor de la satisfacción vital, sin considerar las diferencias entre tercera y cuarta edad. Los datos apoyan la literatura en torno a la satisfacción vital de las personas mayores y, de este modo, la autonomía se relaciona de forma positiva con el bienestar (Hilleras *et al.*, 2001; Meléndez *et al.*, 2009; Menec, 2003; Nilsson *et al.*, 2007; Warr *et al.*, 2004). Sin embargo, y de otra parte, este efecto desaparece cuando se pone a prueba en una muestra de personas de Angola. Esto significa que este efecto predictivo no se mantiene a lo largo del envejecimiento y, por lo tanto, la capacidad funcional no es significativa para el bienestar de los más mayores, al menos en este contexto. Por el contrario, no se observaron diferencias en el efecto predictor del apoyo social y la dependencia, y la falta de poder predictivo de la generatividad, entre la tercera y cuarta edad.

Los resultados relativos a las variables de control, tales como la edad, el género y la percepción de salud, son secundarios. El efecto encontrado por género va en la línea de la

literatura previa (Hollis, 1998), apuntando diferencias nulas entre hombres y mujeres en la satisfacción con la vida. La edad, por su parte, surge como un factor determinante para explicar los diferentes niveles de satisfacción con la vida. Finalmente, la percepción de salud no aparece como un predictor significativo de la satisfacción con la vida en la muestra estudiada, siendo éste un dato a destacar. A pesar de que existe un gran número de literatura que apoya el poder explicativo de la salud física en la satisfacción con la vida, los datos recogidos muestran que, al menos en contexto angoleño, este efecto disminuye hasta convertirse en no significativo cuando la edad, el género, el apoyo social, la dependencia/autonomía y la generatividad se introducen en la ecuación. Por tanto, sería necesaria más investigación de contexto multivariado para estudiar el efecto de la percepción de salud en la satisfacción con la vida.

En definitiva, la edad parece que tiene un papel esencial cuando se estudia la predicción de la satisfacción con la vida en personas mayores, dando apoyo a la división en las diferentes etapas en la vejez (tercera y cuarta edad), caracterizadas por diferentes patrones de bienestar. Por el contrario, el género y la percepción de salud, cuando se controlan otros constructos, parecen menos relevantes. El apoyo social emerge como el mayor predictor de satisfacción vital en la vejez, mientras que la dependencia tiene un papel menos importante, la generatividad no tiene efecto, y la autonomía sólo tiene efecto sobre la

satisfacción vital de las personas mayores más jóvenes. En general, los resultados de este estudio coinciden con la literatura previa, que proviene de contextos culturales muy diferentes, principalmente de sociedades occidentales. Formar parte del colectivo de la cuarta edad, por ejemplo, obtuvo los resultados esperados, a pesar de que la esperanza de vida en Angola es muy diferente a la de las sociedades occidentales y, por lo tanto, las personas que viven más de 79 años en Angola podrían haber presentado resultados diferentes. Sin embargo se da una excepción, el irrelevante papel de la generatividad. El contexto socio-económico y las largas guerras de Angola podrían, tentativamente, ofrecer una explicación para este resultado particular, que debe ser estudiado con mayor profundidad.

#### **4.4. Fortalezas y limitaciones de la investigación**

La investigación que aquí se presenta cuenta con diversas fortalezas y ciertas limitaciones. Se puede señalar como principal fortaleza que la investigación está desarrollada en un país poco estudiado de África, Angola. Aunque el proceso de envejecimiento en África ha sido lento, se estima que la población mayor alcanzará un 6% en 2025 y un 11% en 2050, lo que lo convierte en un grupo de gran interés. Entre los

resultados de la Conferencia de Oxford para la Investigación sobre el Envejecimiento, Salud y Pobreza en África, hay un reconocimiento de la falta de evidencia y conocimiento en este campo, y la "necesidad vital de mejorar la investigación sobre el envejecimiento en África" (Aboderin 2005, p. 2). En la misma línea, Stuart-Hamilton, como editor de un manual reciente de gerontología, alienta a los autores a "tratar, en lo posible, de incluir un elemento transcultural significativo en su escritura... porque la investigación se ha concentrado casi exclusivamente en un número limitado de las culturas occidentales industrializadas" (Stuart-Hamilton, 2011, p. 432).

Como puntos fuertes más concretos de cada estudio se puede señalar que, tanto la Escala de Satisfacción con la Vida como la Escala de Percepción de Salud son medidas breves con buenas propiedades psicométricas, validez y fiabilidad. Ambas escalas podrían tener una gran utilidad en la práctica clínica e investigadora, en muchos tipos de contextos. En el caso de la Escala de Satisfacción con la Vida, ya ha demostrado su utilidad en diferentes contextos, como por ejemplo estudiantes (Diener *et al.*, 1985; Harrington y Loffredo, 2001; Kafka y Kozma, 2002; Lewis, Shevlin, Bunting, y Joseph, 1995; Lucas, Diener, Colvin, Sandvick, 1996; Pavot *et al.*, 1991; Pavot y Diener, 1993; Shevlin, Brunsten y Miles, 1998; Shevlin y Bunting, 1994), personas mayores (Pavot *et al.*, 1991), alcohólicos (Frisch, 1991; en Pavot y Diener, 1993), mujeres maltratadas (Fisher,

1991; en Pavot y Diener, 1993), adultos jóvenes (Arrindell, Heesink y Feij, 1999), cuidadores de personas mayores (Vitaliano, Russo, Young, Becker y Maiuro 1991), y soldados y enfermeras (Smead, 1991), de diferentes países y en diferentes idiomas, como el francés (Blais *et al.*, 1989), holandés (Arrindell, Meeuwesen y Huyse, 1991), checo (Lewis *et al.*, 1999), español (Atienza *et al.*, 2000), o portugués (Laranjeira, 2009). Por su parte, la Escala de Percepción de Salud tiene un gran potencial para su uso en población mayor (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1996; Fernández-Ballesteros *et al.*, 2001), no sólo en contexto de población española, sino en países de habla hispana, y ahora también portuguesa. En ambos casos, dada la longitud de las escalas, podrían ser de particular interés para grandes investigaciones, con gran número de indicadores, así como estudios longitudinales. Se trata de la primera validación de la Escala de Salud Percibida mediante Análisis Factorial Confirmatorio en la versión portuguesa y en personas mayores, y la primera validación mediante Análisis Factorial Confirmatorio, en cualquier idioma. Por su parte, muchas de las validaciones de la Escala de Satisfacción con la Vida se han hecho a través de Análisis Factorial Exploratorio, como es el caso de Blais *et al.* (1989), Arrindell *et al.* (1991), Lewis *et al.* (1999), Atienza *et al.* (2000) o Laranjeira (2009). Sólo unos pocos estudios de validación de la escala han empleado Análisis Factorial Confirmatorio, y ninguno de ellos en la versión portuguesa de la escala.

Por otra parte, como fortaleza específica hay que subrayar el enfoque multivariado incluyendo variables latentes libres de error. Por ejemplo, el modelo estructural MIMIC incluye una variedad de medidas e indicadores del proceso de envejecimiento, controlando por la percepción de salud.

Con respecto a las limitaciones se podría señalar como principal la naturaleza transversal del diseño de la investigación. Este tipo de diseño dificulta el establecimiento de relaciones causales más allá de la lógica científica, las teorías y los resultados anteriores, ya que la muestra se limita a la zona urbana de Luanda y, además, es de naturaleza no probabilística. Este hecho debe tenerse siempre en cuenta al interpretar los resultados y ocasiona dificultades en alguno de los estudios. Así, por ejemplo, con respecto a la validación de medidas, no se puede ofrecer estimaciones de fiabilidad test-retest dado que la muestra sólo completó una vez la escala. Esta estimación podría procurar información adicional acerca de la fiabilidad de la escala.

Los instrumentos utilizados no están validados adecuadamente en población angoleña. Este hecho va unido a otra limitación, como es la ausencia casi total de evidencia previa de estudios en este país, Angola, que hace difícil establecer comparaciones de los resultados.

Concretando en alguno de los estudios, cuando se incluyen en un modelo múltiples variables y constructos,

siempre es a costa de ser específico y, por tanto, algunos procesos muy específicos pueden estar ocultos. Así, serían necesarios estudios adicionales que incluyan indicadores detallados. Este puede ser, por ejemplo, el caso de las redes sociales y los procesos de apoyo social e indicadores. Además, se puede dar el sesgo de autoinforme (la varianza de método), especialmente en los indicadores psicosociales y la satisfacción con la vida. Por otra parte, el análisis de regresión con moderadores categóricos requiere muestras grandes para obtener el poder suficiente (Aguinis, 2004). A pesar de que se han incluido varias variables para controlar efectos, como el estado civil y el nivel educativo, otros determinantes clave del bienestar subjetivo, de uso habitual en la literatura, como por ejemplo, ingresos o número de hijos, no se han incluido por no estar disponibles. Por tanto, un problema con estas variables omitidas podría estar afectando a los resultados.

Estas limitaciones señalan hacia la necesidad de investigación en esta área. Se necesitan más estudios que incluyan datos de zonas rurales, y puedan enriquecer el conocimiento sobre los efectos del proceso de urbanización en Angola y África subsahariana (Ezeh *et al.*, 2006). El muestreo aleatorio y el seguimiento longitudinal permitirían añadir conocimientos en torno a los procesos causales subyacentes a las asociaciones observadas entre las variables en el proceso de envejecimiento. Por otra parte, el uso de metodología cualitativa

podría ayudar en la comprensión de las vidas personales, dando la posibilidad de entender la relación entre las circunstancias pasadas de las personas y el contexto actual.

Concretamente, por ejemplo, se podría señalar como futuras líneas de investigación la necesidad de un análisis más profundo de las residencias de mayores en Angola. Este aspecto, junto con la detallada comparación entre institucionalizados y los mayores que viven en comunidad, podría permitir responder a preguntas acerca de por qué las personas mayores institucionalizadas tienen menos calidad de vida, por las condiciones de salud o por la familia, o por las condiciones de las residencias de mayores. Del mismo modo, se podrían incluir estudios confirmatorios en otros idiomas, y estudios con datos transculturales, la validación de la versión en portugués de las escalas en muestras de diferentes países de habla portuguesa y de un amplio rango de poblaciones.



## **5. CONCLUSIONES**



En numerosos trabajos se señala que la escasez de conocimiento sistemático sobre el bienestar subjetivo refleja en parte la tendencia dominante en la psicología de investigar sobre lo que es patológico o problemático para el ser humano. En este caso, debido a tantas décadas continuadas de conflictos armados, Angola se ha visto paralizada en todo lo que no significara tratar de sobrevivir, en el más estricto sentido de la palabra. De este modo, la educación, la investigación y la vida cotidiana en general se han visto trastocadas y paralizadas. Sólo a partir de 2002, los ciudadanos han comenzado a disfrutar de un ritmo de vida más “normal”, teniendo en cuenta las secuelas generadas por las guerras. Ésta es la razón por la que las fuentes de la literatura especializada no aportan información referente a trabajos de investigación sobre las personas mayores en Angola.

Se puede considerar teórica y socialmente relevante invertir esfuerzos en la investigación sistemática de las características del bienestar, al igual que de cuanto se relaciona con ello. Se considera también que, la vejez es un recipiente de experiencias vividas por un castigado y poco atendido grupo de ciudadanos angoleños, y que se precisa conocer mejor a este colectivo de personas, para lo cual resulta necesario hacer evaluaciones de la calidad de vida y el bienestar, y conocer cuál es su efecto sobre la adaptación de las personas mayores a su nueva condición de vida y de cara a su contribución a la nueva sociedad angoleña, de día en día emergente.

Como conclusiones más relevantes de esta investigación se pueden señalar las siguientes:

- Se han adaptado y validado dos escalas para la medición de indicadores relevantes de la calidad de vida de las personas mayores (satisfacción vital y percepción de salud) en lengua portuguesa.
- Los dos instrumentos han mostrado adecuados niveles de fiabilidad y validez.
- El estudio de factores sociodemográficos aporta un conocimiento básico descriptivo sobre sus efectos en el envejecimiento con éxito, envejecimiento de calidad, de las personas mayores angoleñas. Este conocimiento era inexistente hasta la fecha dada la ausencia de investigación, siquiera anecdótica en este país.
- Los resultados sobre los factores sociodemográficos en mayores angoleños prácticamente mimetizan los encontrados en repetidas ocasiones en la literatura científica. Por tanto, hay una coincidencia básica a través de contextos y poblaciones de estos efectos.
- El estudio y consideración de factores sociodemográficos ha permitido conocer su importancia relativa y, así, poder controlar sus efectos en modelos complejos de predicción de la calidad de vida/bienestar en mayores africanos.
- Los modelos en que dimensiones psicosociales, controlando por factores sociodemográficos relevantes, explican el

envejecimiento con éxito y la calidad de vida de los mayores, han ajustado bien y explican una parte muy relevante de la varianza de satisfacción y salud.

- Los resultados de estos modelos ponen a la vista tres resultados generales:
  1. El apoyo social es clave para el envejecimiento con éxito.
  2. Los niveles de actividad también presentan un papel relevante, aunque de menor incidencia que el anterior.
  3. La generatividad no parece jugar un papel importante, al controlar por otras dimensiones psicosociales.
- Finalmente, los modelos probados han dejado claro que la edad, y más concretamente la diferenciación entre tercera y cuarta edad, tiene un papel moderador importante. Por tanto, las personas más mayores hacen frente a una precipitación de problemas de salud e insatisfacción que difícilmente se compensa con la presencia de otras variables.

De cara a su aplicación, los resultados de esta investigación sugieren la necesidad de abordar mayores esfuerzos de investigación, con metodología cuantitativa y longitudinal, que renueve los predictores, que evalúe de forma más detallada el apoyo social y los niveles de actividad, y que siga los efectos de estos constructos a lo largo de tiempo. Adicionalmente, la investigación en personas mayores Angoleñas se beneficiaría enormemente de planteamientos

cualitativos de investigación que permitan aprehender y comprender con mayor precisión los sentimientos, emociones y fortalezas de los mayores angoleños, sin lo cual no resultará fácil la aplicación de una intervención adecuada en pro de la integración de las personas mayores en la actual sociedad renaciente.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, una intervención adecuada sobre la vejez en Angola (y en otras culturas) implica un trabajo serio de desmitificación de prejuicios sobre la vejez y la promoción de actividades intergeneracionales en las que las personas mayores tengan un estatus valorado, actividades cooperativas donde los ancianos tengan su lugar y su reconocimiento, y donde la senectud no se identifique tanto con debilidad sino con capacidad de disfrute, posibilidad de auto-realización, sabiduría o experiencia de vida, pilares sobre los que se sustenta la psicología positiva, tal como refieren Vázquez, Hernangómez y Hervás (2004), y también señalado por Seligman, Steen, Park y Peterson (2005), al destacar que una actitud positiva hacia el propio proceso de envejecimiento personal parece tener un efecto protector sobre la salud y aumenta la longevidad.

De acuerdo con Triadó y Villar (2008), el envejecimiento positivo contempla cuatro facetas: (1) la salud física, (2) la salud funcional, (3) la salud psicológica y (4) la salud social. Todas estas dimensiones contribuyen a un buen envejecimiento, un

envejecimiento con éxito o armonioso, un concepto cultural (Fernández Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Capara, 2009) que, pese a los matices que pueda presentar se sustenta en una matriz común que forman la base del bienestar y la calidad de vida de todas las personas mayores.



## **6. BIBLIOGRAFÍA**



Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F.A., Kuh, D., Wadsworth, M. E. J. y Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health Quality Life Outcomes*, 4, 76.

Aboderin, I. (2005). *Understanding and responding to ageing, health, poverty and social change in Sub-Saharan Africa: A strategic framework and plan for research*. Outcomes of the Oxford Conference on Research on Ageing, Health and Poverty in Africa: Forging Directions for the Future. Oxford, 11-13th April.

Achenbaum, W. (2009). A metahistorical perspective on theories of aging. En V. L. Bengtson, M. Silverstein, N. Putney y D. Gans (Eds.). *Handbook of Theories of Aging* (pp. 25-28). Nueva York: Springer Publishing Company.

Aguinis, H. (2004). *Regression analysis for categorical moderators*. New York: Guilford.

Andrews, F. M. (1974). Social indicators of perceived life quality. *Social Indicators Research*, 1, 279-299.

Andrews, F. M. y Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: America's perception of life quality*. Nueva York: Plenum.

- Angelini, V., Cavapozzi, D., Corazzini, L. y Paccagnella, O. (2012). Age, health and life satisfaction among older Europeans. *Social Indicators Research*, 105, 293-308.
- Annandale, E. y Field, D. (2007). Gender differences in health. En S. Taylor y Field, D. (Eds.), *Sociology of health and health care* (pp. 93-112). Oxford: Blackwell Press.
- Antonucci, T. Lansford, J. Akiyama, H. Smith, J. Baltes, M. Takahashi, K. Fuhrer, R. y Dartigues, F. (2002). Differences between men and women in social relations, resource deficits, and depressive symptomatology during later life in four nations. *Journal of Social Issues*, 58, 767-783
- Arrindell, W. A., Heesink, J. y Feij, J. A. (1999). The satisfaction with life scale (SWLS): Appraisal with 1700 health young adults in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 26, 815-826.
- Arrindell, W. A., Meeuwesen, L. y Huyse, F. J. (1991). The satisfaction with life scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and Individual Differences*, 12, 117-123.
- Atchley, R. C. (1969). A continuity theory of normal aging. *The Gerontology*, 2, 183-190.

- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. L. (2000). Psychometric properties of satisfaction with life scale in adolescents. *Psicothema*, 12, 331-336.
- Bailey, T. C. y Snyder, C. R. (2007). Satisfaction with life and hope: A look at age and marital status. *The Psychological Report*, 57, 233-240.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. *American Psychologist*, 52 (4), 366-380.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Nueva York: Cambridge University Press.
- 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*, 49, 123-135.
- Beaumont, J. G. y Kenealy, P. M. (2004). Quality of life perceptions and social comparisons in healthy old age. *Ageing & Society*, 24, 755-769.
- Bechetti, L, Pelloni, A. y Rossetti, F. (2008). Relational Goods, Sociability, and Happiness. *KIKLOS*, 61, 343-362.

- Beiser, M. (1974). Components and correlates of mental well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 320-327.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Thomson Learning.
- Belsky, J. K. (1996). *Psicología del envejecimiento: teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson.
- Bengtson, V., Gans, D., Putney, N. M. y Silverstein, M. (2009). Theories about age and aging. En V. L. Bengtson, M. Silverstein, N. Putney y D. Gans (Eds.). *Handbook of Theories of Aging* (pp. 3-24). New York: Springer Publishing Company.
- Berg, A. I., Hassing, L. B., McClearn, G. E. y Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging & Mental Health*, 10, 257-264.
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L. B., McClearn, G. E. y Johansson, B. (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging & Mental Health*, 13, 191-201.
- Bianchi, E. (2005). Living with elder wisdom. *Journal of Gerontological Social Work*, 45, 319-329.

- Bisconti, T. L. y Bergeman, C. S. (1999). Perceived social control as a mediator of the relationships among social support, psychological well being and perceived health. *Gerontologist, 39*, 94–103.
- Bishop, A. J., Martin, P. y Poon, L. (2006). Happiness and congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction. *Aging & Mental Health, 10*, 445-453.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G. y Briere, N. M. (1989). L'Echelle de satisfaction de vie: validation Canadienne-Francaise du "satisfaction with life scale". *Canadian Journal of Behavioral Science, 21*, 210-223.
- Bould, S., Sanborn, B. y Reif, L. (1989). *Eighty-five plus. The oldest old*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Bowling, A. y Browne, P. D. (1991). Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 46*, 20-32.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G. y Cella, D. (1999). The expanded version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-Ex): Initial report of psychometric properties. *Annals of Behavioral Medicine, 21*, 129.

- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D. y Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science, 14*, 320-327.
- Burnet, M. (1974). *Intrinsic mutagenesis: a genetic approach for aging*. Nueva York: Jhon Wiley and Sons.
- Cabañero, M. J., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M. I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la escala de satisfacción vital de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema, 16*, 448-455.
- Calvet, M. R. (1997). Bioética y envejecimiento. En D. Crespo (Ed.), *El Envejecimiento. Un Enfoque Multidisciplinario* (pp. 101-114). Barcelona: Prous Science.
- Carr, D. S., James, S., House, R. C., Kessler, R. M., Nesse, J. S. y Wortman, C. (2000). Marital Quality and Psychological Adjustment to Widowhood among Older Adults: A Longitudinal Analysis. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 55*, 197-207.
- Cava, M. J. y Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología, 10*, 215-21.
- Chan, Y. K. y Lee, R. P. L. (2006). Network size, social support and happiness in later life: A comparative study of

Beijing and Hong Kong. *Journal of Happiness Studies*, 7, 87-112.

Chen, F. y Short, S. E. (2008). Household context and subjective well-being among the oldest-old in China. *Journal of Family Issues*, 29, 1379-1403.

Cheng, S. T. (2009). Generativity in later life: Perceived respect from younger generations as a determinant of goal disengagement and psychological well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 64B, 45-54.

Cheung, G. W. y Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9, 233-255.

Cheung, G. W. (2008). Testing Equivalence in the Structure, Means, and Variances of Higher-Order Constructs With Structural Equation. *Organizational Research Methods*, 11, 593-613.

Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D. y Wheaton, B. (2001). Measuring psychological well-being in the Canadian study of health and aging. *International Psychogeriatrics*, 1, 79-90.

Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D. y Rosenthal, C. J. (2000). Well being in Canadian seniors: Findings from

the Canadian Study of Health and Aging. *Canadian Journal on Aging*, 19, 139-159

Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. y Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioural sciences* (3<sup>a</sup> ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Cowgil, D. (1974). The aging of population and societies. *The Annals of the American academy of political and Social Science*, 415, 1-18.

Cox, E. O., Green, E. K., Seo, H., Inaba, M. y Quillen, A. A. (2006). Coping with late-life challenges: Development and validation of the Care-Receiver Efficacy Scale. *The Gerontologist*, 46 (5), 640-649.

Cristofalo, V. J., Tresini, M., Francis, M. K. y Volker, C. (1999). Biological theories of senescence. En V. L. Bengtson y K. Warner (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 98-112). Nueva York: Springer Publishing Company.

Cumming, E. y Henry, W. (1961). *Growing old: the process of disengagement*. Nueva York: Basic Books.

Curtis, H. J. (1961). Biological mechanisms underlying the aging process. *Science*, 141, 686-694.

- Dannefer, D. (2011). Age, the Life Course, and the Sociological Imagination: Prospects for Theory. En R. H. Binstock, y L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (pp. 3-16). United Kingdom: Elsevier
- Davidson, K. (2011). Sociological perspectives on aging. En I. Stuart-Hamilton (Ed.), *An introduction to gerontology* (pp. 227-250). Nueva York: Cambridge University Press.
- De Gracia, M., Garre, J. y Marcó, M. (1999). Desarrollo y validación preliminar de la Escala de Percepción Subjetiva del Envejecimiento (EPSE). *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34, 92-100.
- De Gracia, M., Garre, J., Marcó, M. y Monreal, P. (2004). Analysis of self-concept in older adults in different contexts. Validation of the Subjective Aging Perception Scale (SAPS). *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 262-274.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49, 14-23.
- DeHaes, J. C., Pennink, B. J. W. y Welvaart, K. (1987). The distinction between affect and cognition. *Social Indicators Research*, 19, 367-378.

- Dickie, J., Ludwig, T. E. y Blauw, D. (1979). Life satisfaction among institutionalized and non-institutionalized older adults. *Psychological Reports, 44*, 807-810.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. *American Psychologist, 55*, 34-43.
- Diener, E. (2009). SWLS Translations. University of Illinois at Urbana Champagne. Recuperado el 30 de enero de 2011 de <http://s.psych.uiuc.edu/ediener/SWLS.html>.
- Diener, E. y Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 3*, 1-43.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Diener, E. y Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 1105-1117.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive

evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-25.

Donnenwerth, G. V. y Peterson, L. R. (1992). Institutionalization and well-being among the elderly. *Sociological Inquiry*, 62, 437-449.

Economic, Environmental and Social Statistics. (2010). *Share of dependent population*. Recuperado el 2 de Enero de 2012 de <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/factbook-2010-en/01/01/02/index.html?contentType=/ns/StatisticalPublication,/ns/Chapter&itemId=/content/chapter/factbook-2010-2en&containerItemId=/content/serial/18147364&accessItemIds=&mimeType=text/html>

Efklides, A., Kalaitzidou, M. y Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in old age in Greece. The effect of demographic factors, emotional state, and adaptation to aging. *European Psychologist*, 8, 178-191.

Eizenman, D. R., Nesselroade, J. R., Featherman, D. L. y Rowe, J. W. (1997). Intraindividual variability in perceived control in an older sample: The MacArthur successful aging studies. *Psychology and Aging*, 12, 489-502.

- Enkvist, A., Ekström, H. y Elmståhl, S. (2012). What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 140-145.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2ª ed.). Nueva York: Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, Youth and Crisis*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E.H. (1982). *The Life Cycle Completed: A Review*. Nueva York: W.W. Norton & Company.
- Everard, K. M., Lach, H. W., Fisher, E. B. y Baum, M. C. (2000). Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B, S208-S212.
- Everard, K., M. (1999). The relationship between reasons for activity and older adult well-being. *Journal of Applied Gerontology*, 18, 325-340.
- Ezeh, A., Chepngeno, G., Kasiira, A. y Woubalem, Z. (2006). The situation of older people in poor urban settings: the case of Nairobi, Kenya. En B. Cohen, y J. Menken (Eds.), *Aging in Sub-Saharan Africa: Recommendations for*

*Further Research* (pp. 189-213). Washington DC  
:National Academic Press.

Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D. y  
Caprara M. (2009). Calidad de vida, satisfacción con la  
vida y envejecimiento positivo. En R. Fernández-  
Ballesteros (Ed.), *PsicoGerontología: Perspectivas  
Europeas para un Mundo que Envejece* (pp. 261-291).  
Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. y Ruiz, M. A.  
(2001). The contribution of socio-demographic and  
psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing & Society*,  
*21*, 25-43.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. y Maciá, A. (1996).  
*Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*.  
IMSERSO: Madrid (Spain).

Finney, S. J. y DiStefano, C. (2006). Non-normal and  
categorical data in SEM. En G. R. Hancock & R. O.  
Mueller (Eds.), *Structural Equation Modeling: A second  
course* (pp. 269-314). Greenwich, CO: Information Age  
Publishing.

Fratiglioni, L., Wang, H., Ericsson, K., Maytan, M. y Winbald,  
B. (2000). Influence of social network on occurrence of

- dementia: A community-based longitudinal study. *The Lancet*, 355, 1315-1319.
- Frick, U., Irving, H. y Rehm, J. (2012). Social relationships as a major determinant in the valuation of health states. *Quality of Life Research*, 21, 209-213.
- Fried, L. P., Carlson, M. C., Freedman, M., Frick, K. D., Glass, T. A., Hill, J., McGill, S., Rebok, G. W., Seeman, T., Tielsch, J., Wasik, B. A. y Zeger, S. (2004). A social model for health promotion for an aging population: Initial evidence on the Experience Corps Model. *Journal of Urban Health*, 81, 64-78.
- Fry, P. S. (2001). Predictors of health-related quality of life perspectives, self-esteem, and life satisfactions of older adults following spousal loss: An 18-month follow-up study of widows and widowers. *The Gerontologist*, 41, 787-798.
- Fujita, F. y Diener, E. (2005). Life Satisfaction Set Point: Stability and Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 158-164.
- Gardner, J. y Oswald, A. (2004). How is mortality affected by money, marriage and stress? *Journal of Health Economics*, 23, 1181-1207.

- Gaymu, J. y Springer, S. (2010). Living conditions and life satisfaction of older Europeans living alone: a gender and cross-country analysis. *Ageing & Society*, 30, 1153-1175.
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G. y McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 102-116.
- Gleditsch, N., Wallensteen, P., Eriksson, M., Sollenberg, M. y Strand, H. (2002). Armed conflict 1946–2001: A new dataset. *Journal of Peace Research*, 39, 615-637.
- Godoy-Izquierdo, D., Lara, R., Vázquez, M. L., Araque, F. y Godoy, J. F. (2012). Correlates of happiness among older Spanish institutionalised and non-institutionalised adults. *Journal of Happiness Studies*, DOI 10.1007/s10902-012-9335-5. Extraído el 30 de enero de 2011 de <http://www.springerlink.com/content/g11387942p62u0rn/fulltext.pdf>.
- Goldstein, S., Gallo, J. J. y Reichel, W. (1989). Biologic theories of aging. *American family physician*, 40, 195-200.
- Gorman, B. K. y Read, J. G. (2006). Gender disparities in adult health: an examination of three measures of morbidity. *Journal of Health and Social Behavior*, 47, 95-110.

- Gow, A. J., Pattie, A., Whiteman, M. C., Whalley, L. J. y Deary, I. J. (2007). Social support and successful aging. Investigating the relationships between lifetime cognitive change and life satisfaction. *Journal of Individual Differences*, 28, 103-115.
- Greenblatt, M., Becerra, R. y Serafetinides, E. D. (1982). Social network and mental health: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 139, 977-84.
- Gubrium, J. (1973). *The myth of the golden years: A socio-environmental theory of aging*. Springfield: Thomas.
- Gwozdz, W. y Sousa-Poza, A. (2010). Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany. *Social Indicators Research*, 97, 397-417.
- Halama, P. (2010). Hope as a mediator between personality traits and life satisfaction. *Studia Psychologica*, 52, 309-314.
- Hamarat, E., Thompson, D., Steele, D., Matheny, K., y Simons, C. (2002). Age differences in coping resources and satisfaction with life among middle-aged, young-old, and oldest-old adults. *The Journal of Genetic Psychology*, 163, 360-367.
- Hansen, T., Slagsvold, B. y Moum, T. (2009). Childlessness and Psychological Well-Being in Midlife and Old Age: An

Examination of Parental Status Effects Across a Range of Outcomes. *Social Indicators Research*, 94, 343-362.

Harman, D. (1956). Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *Journal of Gerontology*, 11, 298 - 300.

Harrington, R. y Loffredo, D. A. (2001). The relationships between life satisfaction, self-consciousness, and the Myers-Briggs Type Inventory Dimensions. *Journal of Psychology*, 135, 439-450.

Havighurst, R. y Albrecht, R. (1953). *Older people*. London: Longmans, Green.

Havighurst, R. (1963). Successful aging. En R. Williams, C. Tibbitts y W. Donahoe (Eds.), *Process of aging* (pp. 311-315). Chicago, IL: University of Chicago Press.

Hayflick, L. (1999). *Cómo y por qué envejecemos*. Barcelona: Herder.

Help Age International. (2002). *HIV/AIDS and Older People: The African Situation*. Nairobi, Kenya: Help Age International.

Herd, P., Robert, S. A. y House, J. S. (2011). Health Disparities Among Older Adults: Life Course Influences and Policy Solutions. En R. H. Binstock, y L. K. George (Eds.),

*Handbook of Aging and the Social Sciences* (pp. 121-134). United Kingdom: Elsevier

Hilleras, P. K., Jorm, A.F., Herlitz, A. y Winblad, B. (2001). Life satisfaction among the very old: A survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above. *International Journal of Aging and Human Development*, 52, 71-90.

Hilleras, P. K., Jorm, A.F., Herlitz, A. y Winblad, B. (2001). Life satisfaction among the very old: A survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above. *International Journal of Aging and Human Development*, 52, 71-90.

Hofer, J., Busch, H., Chasiotis, A., Kärtner, J. y Campos, D. (2008). Concern for generativity and its relation to implicit pro-social power motivation, generative goals, and satisfaction with life: A cross-cultural investigation. *Journal of Personality*, 76, 1-30.

Hollis, L. A. (1998). Sex comparisons in life satisfaction and psychosocial adjustment scores with an older adult sample: Examining the effect of sex role differences in older cohorts. *Journal of Women & Aging*, 10, 59-77.

House, J. S., Lepkowski, J. M., Kinney, A. M., Mero, R. P., Kessler, R. C. y Herzog, A. R. (1994). The social

stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 213–234.

Hoyle, R. H. y Panter, A. T. (1995). Writing about structural equation models. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 158-176). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.

Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, K., Backet, E. M., Williams, J. y Papp, E. (1980). A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 34, 281-300.

Huta, V. y Zuroff, D. C. (2007). Examining mediators of the link between generativity and well-being. *Journal of Adult Development*, 14, 47-52.

Idler, E. L. y Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.

Imsero. (2012). *Men, Aging, and Health*. Extraído el 23 de  
Febrero de 2012 de

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.pdf>.

Inal, S., Subasi, F., Ay, S. M. y Hayran, O. (2007). The link between health-related behaviours and life satisfaction in elderly individuals who prefer institutional living. *BMC Health Services Research*, 7, 30-37.

Infurna, F. J., Ram, N., Wagner, G. G., Gerstorf, D. y Schupp, J. (2011). Long-term antecedents and outcomes of perceived control. *Psychology and Aging*, 26, 559-575.

Jary, D. y Jary, J. (1991). *The HarperCollins dictionary of sociology*. Nueva York: HarperPerennial.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2006). *Report on the Global AIDS Epidemic*. Ginebra, Suiza: UNAIDS.

Kafka, G. J. y Kozma, A. (2002). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 57, 171-190.

Kawada, T., Suzuki, S., Tsukioka, T. y Iesaki, S. (2006). Factors associated with perceived health of very old inhabitants of Japan. *Gerontology*, 52, 258-263.

Keyes, C. L. M. y Ryff, C. D. (1998). Generativity in adult lives: Social structural contours and quality of life

consequences. En D. P. McAdams and E. de St Aubin (Eds.), *Generativity and adult development* (pp. 227-264). Washington, DC: American Psychological Association.

Kirk-Sanchez, N. J. (2003). The importance of psychosocial factors in determining disability and perceived health in a group of older Hispanic-Americans recovering from hip fracture. *Journal for Geriatric Physical Therapy*, 26, 3-9

Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. Nueva York: Guilford.

Kodzi, I. A., Gyimah, S. O., Emina, J. B. y Ezeh, A. C. (2011). Understanding ageing in sub-Saharan Africa: exploring the contributions of religious and secular social involvement to life satisfaction. *Ageing & Society*, 31, 455-74.

Koenig, H. G., McCoullough, M. E. y Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.

Kunzmann, U., Little, T. D. y Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15, 511-526.

Laditka, J. N. y Laditka, S. B. (2003). Increased hospitalization risk for recently widowed older women and protective

effects of social contacts. *Journal of Women & Aging*, 15, 7-28.

Lang, F. R. y Carstensen, L. L. (1998). Social relationships and adaptation in later life. En A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology*. Vol. 7: Clinical geropsychology (pp. 55–72). Oxford: Elsevier Science.

Lang, F. R. y Carstensen, L. L. (2002). Time counts: future time perspective, goals, and social relationships. *Psychology and Aging*, 17, 125-139.

Laranjeira, C. A. (2009). Preliminary validation study of the Portuguese version of the satisfaction with life scale. *Psychology, Health, & Medicine*, 14, 220-226.

Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.

Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.

Lehr, U. (1982). Socio-psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 3, 102-147.

- Leung, B. W., Moneta, G. V. y McBride-Chang, C. (2005). Think positively: Optimism and life satisfaction in late life. *International Journal of Aging and Human Development*, 61, 335-365.
- Levin, J. S. (1994). Religion and health: is there an association, is it valid and is it causal? *Social Science and Medicine*, 38, 1475-1482.
- 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, 261-270.
- Lewis, C. A., Shevlin, M. E., Bunting, B. P. y Joseph, S. (1995). Confirmatory factor analysis of the satisfaction with life scale: Replication and methodological refinement. *Perceptual and Motor Skills*, 80, 304-306.
- Lewis, C. A., Shevlin, M. E., Smekal, V. y Dorahy, M. J. (1999). Factor structure and reliability of a Czech translation of the satisfaction with life scale among Czech university students. *Studia Psychologica*, 41, 239-244.
- Li, Q. (2005). *Subjective well-being and mortality in Chinese oldest old*. MPIDR Working Paper WP 2005-011.
- Liang, J. y Bollen, K. A. (1983). The structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A

- reinterpretation. *Journal of Gerontology*, 38, 181-189.
- Liang, J. y Luo, B. (2012). Toward a discourse shift in social gerontology: From successful aging to harmonious aging. *Journal of Aging Studies*, 26, 327-334.
- Little, T. D. (1997). Mean and covariance structures (MACS) analyses of cross-cultural data: Practical and theoretical issues. *Multivariate Behavioral Research*, 32, 53-76.
- Litwing, H. y Shiovitz-Ezra, S. (2011). Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans. *The Gerontologist*, 51, 379-388.
- Lucas, R. E., Diener, E. y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 71, 3616-3628.
- Luo, Y. y Waite, L. J. (2005). The impact of childhood and adult SEP on physical, mental and cognitive well-being. *The Journal of Gerontology: Social Sciences*, 60, 93-101.
- Marques, S. C., Lopez, S. J. y Mitchell, J. (2012). The Role of Hope, Spirituality and Religious Practice in Adolescents' Life Satisfaction: Longitudinal Findings. *Journal of Happiness Studies*, DOI 10.1007/s10902-012-9329-3.

- McAdams, D. P., Aubin, E. S. y Logan, L. (1993). Generativity among young, midlife, and older adults. *Psychology and Aging*, 8, 221-230.
- Medvedev, Z. A. (1990). An attempt at a rational classification of theories of ageing. *Biological Reviews*, 65, 375-398.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A. y Navarro, E. (2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 291-295.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43, 90-5.
- Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B, S74-S82.
- Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Molina, C. y Meléndez, J. C. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Geriatriska*, 22, 97-105.

- Moon, S., Park, S. y Cho, S. (2010). The association of social support and activities with health in South Korea: Differences in age and gender. *Journal of Biosocial Science*, 42, 409-424.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Muñoz, J. y Alix, C. (2002). Psicología del envejecimiento e intervención psicosocial. En J. Muñoz (Ed.). *Psicología del envejecimiento* (pp. 19-28). Madrid: Pirámide.
- Naciones Unidas. (1999). *Population aging 1999*. Nueva York: DESA Publication.
- Naciones Unidas. (2010). *World Population Prospects: The 2010 Revision*. Nueva York: United Nations
- Naciones Unidas. (2011a). *Informe de Desarrollo Humano 2011*. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Naciones Unidas. (2011b). *Indicadores Nacionales sobre Desarrollo Humano*. Recuperado el 7 de Septiembre de 2012 de <http://hdrstats.undp.org/es/paises/perfiles/AGO.html>

- Naleppa, M. J. (1997). Families and the Institutionalized Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 27, 87-111.
- Neugarten, B. L. (1968). Adult personality. Toward a psychology of the life cycle. En B. L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging* (pp. 137-147). Chicago: The University of Chicago Press.
- Nilsson, I., Bernspang, B., Fisher, A.G., Gustafson, Y. y Löfgren, B. (2007). Occupational Engagement and Life Satisfaction in the Oldest-Old: The Umeå 85+ Study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27, 131-139.
- Noro, A. y Aro, S. (1996). Health-related quality of life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population. *Quality of Life Research*, 5, 355-366.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A. y Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9, 354-362.
- Okabayashi, H., Liang, J., Krause, N., Akiyama, H. y Sugisawa, H. (2004). Mental health among older adults in Japan: Do

sources of social support and negative interaction make a difference? *Social Science and Medicine*, 59, 2259-2270.

Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J. C., Molina, C. y Tomás, J. M. (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la República Dominicana. *Pan American Journal of Public Health*, 26, 189-196.

OMS. (2011). *10 facts on ageing and the life course*. Recuperado el 24 de abril de 2012 de <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>.

OMS. (2012a). *Health topics: Ageing*. Recuperado el 24 de abril de 2012 de <http://www.who.int/topics/ageing/en/index.html>.

OMS. (2012b). *Ageing and life course*. Recuperado el 24 de abril de 2012 de [http://www.who.int/ageing/events/idop\\_rationale/en/index.html](http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/en/index.html).

OMS. (2012c). *Agenda de investigación*. Recuperado el 24 de abril de 2012 de <http://www.who.int/peh-emf/research/agenda/es/index.html>.

- Orgel, L. E. (1963). The Maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to aging. *Proceedings of National Academy of Science*, 49, 517-521.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R. y Sandvick, E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20.
- Pavot, W. y Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I. y García-Merita, M. L. (2002). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en personas de la tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 13, 71-82.
- Prieto-Flores, M., Moreno-Jiménez, A., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F. y Forjaz, M. (2012). The relative contribution of health status and quality of life domains in subjective health in old age. *Social Indicators Research*, 106, 27-39.
- Requena, C., López, V., González, R. y Ortiz, T. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en mujeres mayores activas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44, 146-148.

- Robert, S. A., Cherepanov, D., Palta, M., Dunham, N. C., Feeny, D., y Fryback, D. G. (2009). Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: Results from the National Health Measurement Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64, 378–389.
- Rose, A. (1965). The subculture of aging: a framework for research in social gerontology. En A. Rose y W. Peterson (Eds.), *Older people and their social world* (pp. 3-15). Philadelphia: Davis Co.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-66.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Schoklitsch, A. y Baumann, U. (2011). Measuring generativity in older adults. The development of new scales. *The*

*Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*,  
24, 31-43.

Seligman, M., Steen, T. A., Park, N. y Peterson, C. (2005).  
Positive psychology progress. Empirical validation of  
interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Nueva York: Dutton.

SHARE. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe.  
(2012). *The SHARE Respondents*. Recuperado el 23 de  
Febrero de 2012 de  
[http://sharedev.mpisoc.mpg.de/uploads/tx\\_sharepublicatio  
ns/3.1.pdf](http://sharedev.mpisoc.mpg.de/uploads/tx_sharepublicatio ns/3.1.pdf)

Shaw, B. A., Krause, N., Chatters, L. M., Connell, C. M. e  
Ingersoll-Dayton, B. (2004). Emotional support from  
parents early in life, aging, and health. *Psychology and  
Aging*, 19, 4-12.

Shevlin, M., Brunsten, V. y Miles, J. N. V. (1998). Satisfaction  
with life scale: Analysis of factorial invariance, mean  
structures and reliability. *Personality and Individual  
Differences*, 25, 911-916.

Shevlin, M. E. y Bunting, B. P. (1994). Confirmatory factor  
analysis of the satisfaction with life scale. *Perceptual and  
Motor Skills*, 79, 1316-1318.

- Shin, D. C. y Johnson, D. M. (1978). A vowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Shock, N. W. (1977). Biological theories of aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 103-115). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Smead, V. S. (1991). *Measuring well-being is not easy*. Paper presented at the Annual Convention of the American Association of Applied and Preventive Psychology.
- Smith, D. (1997). *The state of war and peace atlas*. Nueva York: Penguin.
- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: Findings from the Berlin aging study. *European Review*, 9 (4), 461-477.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H. y Joop, D. (2002). Health and Well-Being in the Young Old and Oldest Old. *Journal of Social Issues*, 58, 715-732.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C. y Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences

- measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Sokolovsky, J. (1997). *The cultural context of ageing: worldwide perspectives*. Westport, CT y Londres: Bergin & Garvey.
- Sommerhalder, C. (2010). Meaning of life in adulthood and later life. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 270-277.
- Sorrell, J. M. (2011). Mental health of the oldest-old. *Journal of Psychosocial Nursing*, 49, 21-24.
- Steiger, J. H. y Lind, C. (1980). *Statistically based tests for the number of common factors*. Paper presented at the annual meeting of the Psychometric Society, Iowa City, IA.
- Stephens, C., Alpass, F., Towers, A. y Stevenson, B. (2011). The effects of types of social networks, perceived social support, and loneliness on the health of older people: Accounting for the social context. *Journal of Aging and Health*, 23, 887-911.
- Sterns, S., Allen, S. y Kahana, E. (2011). The effect of anticipatory socialization in morale in newly institutionalized LTC residents. En M. L. Wykle y S. H. Gueldner (Eds.), *Aging well. Gerontological education for nurses and other health professionals* (pp. 313-329). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

- Steverink, N. y Lindenberg, S. (2006). Which social needs are important for subjective well-being? What happens to them with aging? *Psychology and Aging*, 21, 281-290.
- Stuart-Hamilton, I. (2011). *An introduction to gerontology*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Tabachnick, B. y Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics*. Nueva York: Harper Collins.
- Tanaka, J. S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. En K. A. Bollen (Ed.), *Testing structural equation models* (pp. 10-39). Newbury Park, CA: Sage.
- Thanakwang, K. (2009). Social relationships influencing positive perceived health among Thai older persons: A secondary data analysis using the National Elderly Survey. *Nursing and Health Sciences*, 11, 144-149.
- Thanakwang, K. y Soonthorndhada, K. (2011). Mechanisms by which social support networks influence healthy aging among Thai community-dwelling elderly. *Journal of Aging and Health*, 23, 1352-1378.
- Theurer, K. y Wister, A. (2010). Altruistic behavior and social capital as predictors of well-being among older Canadians. *Aging & Society*, 30, 157-181.

- Tomás, J. M., Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J. C. y Molina, C. (2009). Comparación del bienestar psicológico de personas mayores dominicanas y españolas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44, 180-185.
- Triadó, C. y Villar, F. (2008). *Envejecer en positivo*. Girona: Aresta.
- Troll, L. (1994). Family connectedness of old women: attachments in later life. En B. F. Turner y L. Troll (Eds), *Women growing older: psychological perspectives* (pp. 169-201). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ullman, J. B. (1996). Structural equation modeling. En B. Tabachnick y L. Fidell (Eds.), *Using multivariate statistics* (pp. 709-812). New York: HarperCollins.
- Unanka, G. O. (2002). Family support and health status of the elderly in Imostate of Nigeria. *Journal of Social Issues*, 58, 681-695.
- United Nations Children's Fund. (2003). *Africa's Orphaned Generations*. Nueva York: UNICEF.
- Urrutia, A. I., Cornachione, M. A., Gaston, M. E., Ferragut, L. y Guzmán, E. R. (2009). The culminating point of generativity in older women: Main aspects of their life narrative. *Forum: Qualitative Social Research*, 10, 1-23.

- Vaillant, G. E. y Mukamal, K. (2001). Successful aging. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 839-847.
- Vázquez, C., Hernangómez, L. y Hervás, G. (2004). Longevidad y emociones positivas. En L. Salvador-Carulla, A. Cano y J. R. Cabo (Eds.), *Longevidad: Un tratado integral sobre promoción de la salud en la segunda mitad de la vida* (pp. 752-761). Madrid: Panamericana
- Villar, F. (2011). Successful ageing and development: the contribution of generativity in older age. *Ageing & Society*, DOI 10.1017/S0144686X11000973
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Becker, J. y Maiuro, R. D. (1991). The screen for caregiver burden. *The Gerontologist*, 31, 76-83.
- Von Faber, M., Bootsma-van der Wiel, A., Van Exel, E., Gussekloo, J., Lagaay, A. M., Van Dongen, E., Knook, D. L., Van der Geest, S. y Westendorp, R. G. J. (2001). Successful aging in the oldest-old: Who can be characterized as successfully aged? *Archives of Internal Medicine*, 161, 2694-2700.
- Wait, S. (2011). Policies on Ageing. En I. Stuart-Hamilton (Ed.), *An introduction to gerontology* (pp. 227-250). New York: Cambridge University Press.

- Walker A. (2005) A European Perspective on quality of life in old age. *European Journal of Aging* 2, 2-13.
- Warr, P., Butcher, V. y Robertson, I. (2004). Activity and psychological well-being in older people. *Aging & Mental Health*, 8, 172-183.
- Wessells, M. y Monteiro, C. (2006). Psychosocial assistance for youth: toward reconstruction for peace in Angola. *Journal of Social Issues*, 62, 121-139.
- Wong, S. S. y Lim, T. (2009). Hope versus optimism in Singaporean adolescents: Contributions to depression and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 46, 648-652.
- Wyshak, G. (2003). Health ratings in relation to illnesses, physical functioning, general mental health and well-being: self-reports of college alumnae, ages <40-80 and older. *Quality of Life Research*, 12, 667-674.
- Yuste, N., Rubio, R. y Alexander, M. (2004). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Pirámide.
- Zacarés, J.J. y Serra, E. (1998). *La madurez personal: perspectivas desde la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Zamarrón, M. D. y Fernández-Ballesteros, R. (2000). Satisfacción con la vida en personas mayores que viven

en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes. *Revista de Geriátría y Gerontología*, 35, 17-29.

Zunzunegui, M. V., Kone, A., Johri, M., Beland, F., Wolfson, C. y Bergman, H. (2004). Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Social Science & Medicine*, 58, 2069-2081.