

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN ATENCIÓN SOCIO  
SANITARIA A LA DEPENDENCIA**

**FACULTAT DE PSICOLOGIA**



**VALIDACIÓN DE UN MODELO  
EXPLICATIVO DEL ENVEJECIMIENTO  
EXITOSO EN MUESTRA ESPAÑOLA**

*Valencia, 2015*

Presentada por:  
**Salvador Alberola Enguix**

Dirigida por:  
**Dra. Amparo Oliver Germes**



A mis padres, a mi hermano Loren, y a toda mi familia.

A mis amigos, por tener algo siempre que compartir.

A mi tutora la Dra. Amparo Oliver, por su confianza, su buen hacer, sus consejos y por su apoyo constante.

A los Dres. De la *Universitat de València* José Manuel Tomás y Melchor Gutiérrez, y al Dr. Julián Montoro-Rodríguez de la Universidad de *North Carolina* por su ayuda desinteresada en el aporte de conocimientos para la presente investigación.

A la Dra. Sacramento Pinazo, directora del Master en Atención Socio Sanitaria a la Dependencia, y a los profesores por todo que he aprendido con ellos. Y, en especial, a mis compañeros de clase, son únicos.

A la Residencia Jaime II S.L. de Tavernes de la Vallidigna, donde trabajo actualmente como psicólogo, y al Centro Residencia y Centro de Día Solimar de Daimús, por darme la oportunidad de ejercer mi profesión y compaginar mis estudios en estos tiempos tan difíciles para todos.

A las compañeras del Grupo de Trabajo en Psicogerontología y Personas Mayores del *Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana* por todo lo que venimos compartiendo desde hace años.

Al Defensor del Mayor, D. José Pelegrí por sus sabios consejos y por su importante labor en la defensa de los intereses de las personas mayores de Valencia.

***Gracias a todos y a todas.***



Dedicado a las personas mayores por su paciencia con los que  
somos más jóvenes.



**ÍNDICE**

**1. INTRODUCCIÓN**

<b>1.1. Justificación.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2. Satisfacción con la vida y bienestar.....</b>	<b>22</b>
<b>1.3. Modelo de envejecimiento armónico.....</b>	<b>24</b>
<b>1.4. Objetivos.....</b>	<b>25</b>

**2. MARCO TEÓRICO**

<b>Teorías del envejecimiento.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1. Teorías biológicas.....</b>	<b>31</b>
<b>2.2. Teorías psicológicas.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3. Teorías sociológicas.....</b>	<b>37</b>
<b>2.3.1. Teorías y modelos basados en concepciones orientales.....</b>	<b>48</b>
<b>2.3.1.1. Descripción del modelo de envejecimiento armónico (Liang y Luo, 2012).....</b>	<b>55</b>
<b>2.3.1.2. Descripción del modelo de cuatro factores de envejecimiento satisfactorio de Lee, Lan, y Yen (2011).....</b>	<b>59</b>
<b>2.3.1.3. Modelo multidimensional de envejecimiento con éxito de Iwamasa e Iwasaki (2011).....</b>	<b>66</b>

**2.3.1.3.1. Dimensiones del modelo.....72**

**3. METODOLOGÍA**

**3.1. Proceso de búsqueda sistemática.....81**

**3.2. Descripción de la muestra y proceso de recogida de datos.....82**

**3.3. Análisis estadísticos**

**3.3.1. Análisis descriptivos del perfil tipo de las personas mayores que envejecen con éxito.....104**

**3.3.2 Mapa de relaciones bivariadas.....104**

**3.3.3. Contraste de hipótesis.....105**

**3.3.4. Análisis sobre el funcionamiento social, la salud y el afrontamiento activo en la explicación de la satisfacción y el bienestar de las personas mayores que envejecen con éxito.....107**

**4. RESULTADOS**

**4.1. Resultados de la búsqueda sistemática.....111**

**Figura 8. Diagrama de la búsqueda sistemática.....112**

**Tabla 4. Resultado de búsqueda de los artículos.....113**

**Tablas 5., y 6. Modelos recientes y destacados de envejecimiento positivo.....116**



<b>4.2. Resultados del análisis cuantitativo</b>	
<b>4.2.1. Perfil tipo de la persona que envejece con éxito.....</b>	<b>134</b>
<b>4.2.2. El papel del funcionamiento social, la salud y e afrontamiento activo en la explicación de la satisfacción y el bienestar de la persona que envejece con éxito.....</b>	<b>136</b>
<b>4.2.3. Mapa bivariado de relaciones.....</b>	<b>145</b>
<b>4.2.4. Modelo de ecuaciones estructurales.....</b>	<b>147</b>
<b>5.DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>153</b>
<b>6.LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS.....</b>	<b>179</b>
<b>7. REFERENCIAS.....</b>	<b>183</b>
<b>8. ANEXOS A LA PARTE EMPÍRICA</b>	
<b>8.1. Permisos Comité Etica y consentimientos.....</b>	<b>217</b>
<b>8.2 Protocolo de cuestionarios.....</b>	<b>218</b>
<b>8.3 Output estimación y ajuste del modelo en Mplus.....</b>	<b>223</b>

## 9. ANEXOS A LA PARTE TEÓRICA

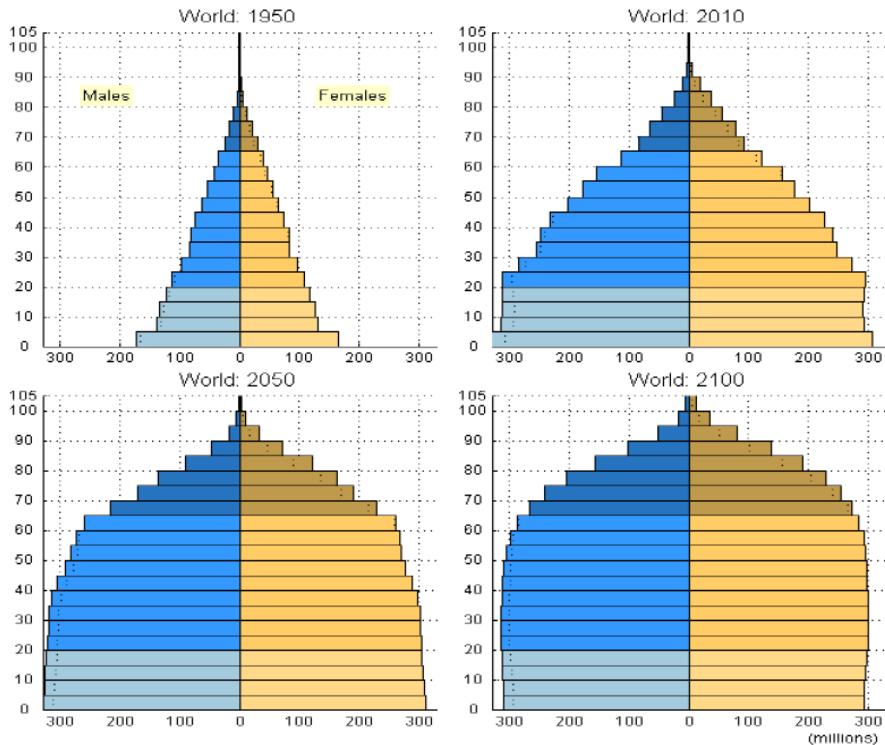
9.1. Listado de artículos para VLC-Health Ecosystem.....	245
9.2. Referencias de la búsqueda sistemática (solo legible en CD)	
1. <i>Quality of Life</i> (337).....	4
2. <i>Life Satisfaction</i> (128).....	56
3. <i>Retirement Satisfaction</i> (7).....	76
4. <i>Perceived Health</i> (99).....	78
5. <i>Cognitive Functioning</i> (133).....	94
6. <i>Entrepreneurship</i> (5).....	116
7. <i>S. Support OR s. Network</i> (265).....	117
8. <i>Generativity</i> (18).....	146
9. <i>Hope</i> (27).....	149
10. <i>Spiritual</i> (43).....	154
11. <i>Religion OR Religious OR Religiosity OR Religiousness</i> (64).....	161
12. <i>Trascendence</i> (3) .....	171

# 1. INTRODUCCIÓN



El envejecimiento progresivo de la población mundial es ya un hecho contrastado. Según la OMS (2012) en la mayoría de países la proporción de personas mayores está aumentando más rápido que los otros grupos de edad. La población mayor del mundo (personas de 60 o más años de edad) se estima en 650 millones, y se prevé llegue a 2000 millones en 2050 (OMS, 2011). Este cambio queda reflejado en la evolución de la pirámide poblacional. Se observa que en breve perderá la forma que le da nombre (figura 1.). Según Sancho (2013), el envejecimiento poblacional es un logro para la vida del ser humano, sobre todo de la medicina, pero también es un reto cuya meta ya no es solamente prolongar el ciclo vital sino, además tener calidad de vida. Se trata de que las personas mayores desarrollen una vida autónoma, en condiciones favorables a nivel biológico, psicológico y social. Este es, quizás, uno de los mayores desafíos para la ciencia por lo que respecta al envejecimiento. El envejecimiento de la población mundial, se muestra pues como una dificultad y un reto, especialmente en los países en vías de desarrollo que tienen que seguir luchando con un menor número de recursos, contra las enfermedades infecciosas, la desnutrición y la mortalidad infantil, entre otras.

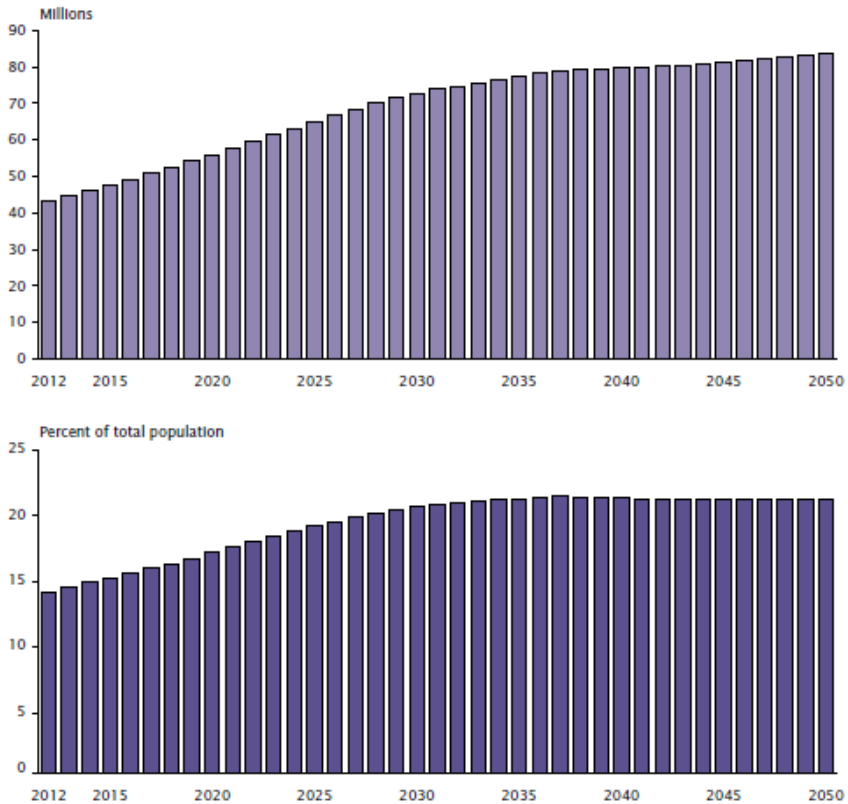
Figura 1. Previsión demográfica mundial (ONU, 2010)



Por lo que respecta a Estados Unidos, según los datos de la Oficina del Censo (*Census Bureau*) de este país en 2012, entre 2012 y 2050 se prevé que la población en E.E.U.U. crecerá de 314 millones en 2012 a 400 millones en 2050, un aumento del 27 por ciento. La nación también será étnicamente más diversa, siendo las minorías étnicas actuales la mayoría de la población en 2043. Además, se espera que la edad de la población llegue a ser mucho mayor, ya que se prevé que en 2030 más del 20 por ciento de los residentes de EE.UU. serán

personas de 65 años y más, dato que contrasta con el 13 por ciento en 2010 y el 9,8 por ciento en 1970.

**Figura 2. Previsión de la población de 65 años y más para los Estados Unidos del 2012 al 2050**



*Validación de un modelo de envejecimiento exitoso*

La previsión por edades de Estados Unidos según etnias se daría de la siguiente manera:

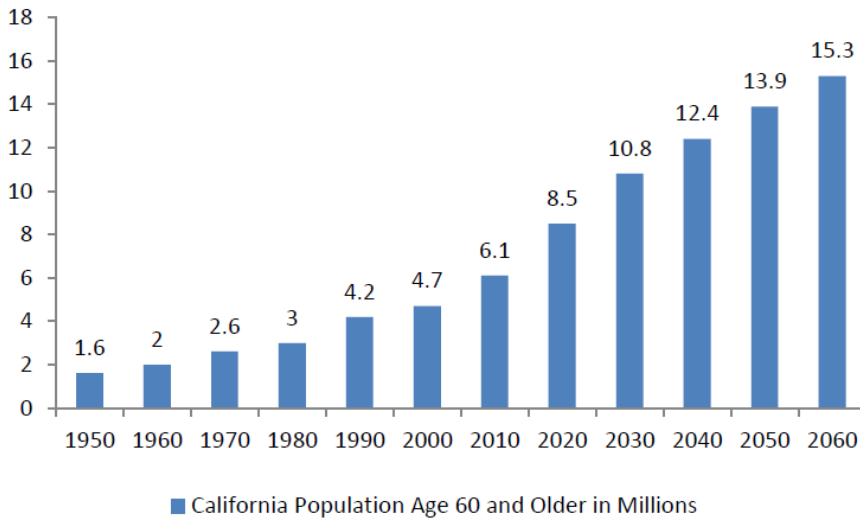
**Tabla 1. Previsiones y distribución de la población de los Estados Unidos de 65 años y más por grupos de edad, etnia y origen hispanico: 2012, 2030, 2050**

Age, race, and Hispanic origin	2012		2030		2050	
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent
<b>65 years and over</b> .....	<b>43,145</b>	<b>100.0</b>	<b>72,774</b>	<b>100.0</b>	<b>83,739</b>	<b>100.0</b>
One Race .....	42,813	99.2	71,946	98.9	82,214	98.2
White .....	37,095	86.0	59,837	82.2	64,760	77.3
Black .....	3,781	8.8	7,810	10.7	10,283	12.3
American Indian and Alaska Native .....	266	0.6	657	0.9	996	1.2
Asian .....	1,628	3.8	3,525	4.8	5,955	7.1
Native Hawaiian and Other Pacific Islander .....	42	0.1	119	0.2	220	0.3
Two or More Races .....	333	0.8	828	1.1	1,524	1.8
Hispanic .....	3,144	7.3	8,023	11.0	15,421	18.4
Non-Hispanic .....	40,002	92.7	64,751	89.0	68,318	81.6
<b>65 to 84 years</b> .....	<b>37,258</b>	<b>100.0</b>	<b>63,829</b>	<b>100.0</b>	<b>65,780</b>	<b>100.0</b>
One Race .....	36,969	99.2	63,078	98.8	64,472	98.0
White .....	31,863	85.5	52,170	81.7	50,103	76.2
Black .....	3,357	9.0	7,035	11.0	8,334	12.7
American Indian and Alaska Native .....	243	0.7	599	0.9	823	1.3
Asian .....	1,456	3.9	3,165	5.0	5,027	7.6
Native Hawaiian and Other Pacific Islander .....	39	0.1	109	0.2	186	0.3
Two or More Races .....	299	0.8	751	1.2	1,288	2.0
Hispanic .....	2,815	7.6	7,264	11.4	13,175	20.0
Non-Hispanic .....	34,443	92.4	56,564	88.6	52,585	80.0
<b>85 years and over</b> .....	<b>5,887</b>	<b>100.0</b>	<b>8,946</b>	<b>100.0</b>	<b>17,978</b>	<b>100.0</b>
One Race .....	5,853	99.4	8,869	99.1	17,742	98.7
White .....	5,232	88.9	7,867	85.7	14,657	81.5
Black .....	424	7.2	774	8.7	1,950	10.8
American Indian and Alaska Native .....	22	0.4	58	0.6	173	1.0
Asian .....	172	2.9	359	4.0	928	5.2
Native Hawaiian and Other Pacific Islander .....	3	0.1	10	0.1	34	0.2
Two or More Races .....	34	0.6	77	0.9	236	1.3
Hispanic .....	329	5.6	759	8.5	2,246	12.5
Non-Hispanic .....	5,558	94.4	8,187	91.5	15,733	87.5



Más concretamente, en el Estado de California, la población de más de 60 años se distribuirá de este modo:

**Tabla 2. Plan de envejecimiento del estado de California: 2013-2017**

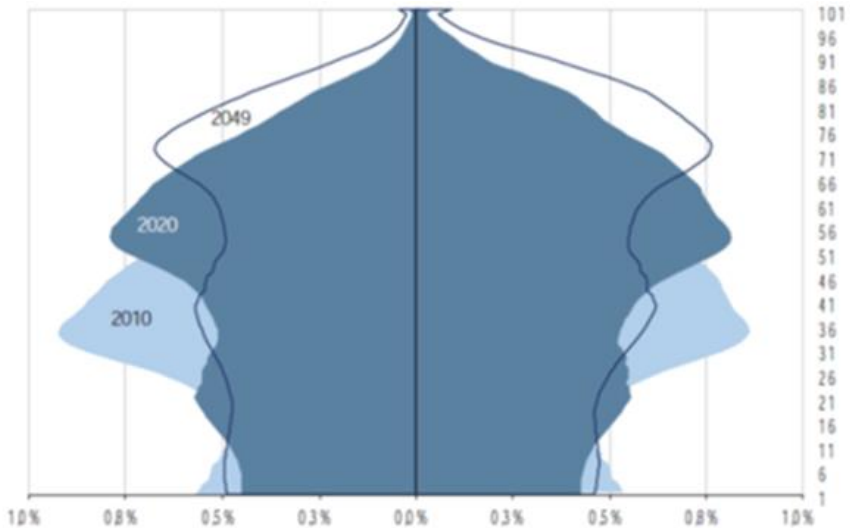


El Plan del Estado de California de Envejecimiento 2013-2017 del Departamento de Salud y Servicios Humanos prevé que todos los californianos tengan la oportunidad de vivir más años con bienestar y calidad de vida en comunidades fuertes y saludables. Su misión es promover la independencia y el bienestar de los adultos mayores y de los adultos con diversidad funcional y de sus familias, facilitando el acceso a información y a los servicios para mejorar la calidad de vida,

incrementando las oportunidades para la participación de la comunidad y el apoyo a los familiares cuidadores, y manteniendo la colaboración con otras agencias estatales y locales.

Por otra parte, en España, según el Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011), el envejecimiento de la población es un hecho más remarcado al mirar la evolución desde el siglo XX de la edad mediana de la población que ha tenido una tendencia ascendente. A principios del siglo XX, la mitad de la población tenía menos de 24 años, cifra que ha ido incrementándose hasta los 39 en el año 2010. En 2020 será de 43 años y en 2049 alcanzará los 47 años. La estructura por edad de la población española, al igual que ocurre en Europa, está empezando a ser dominada por la gente mayor. La posición de las cohortes del *baby-boom* de los años 50 en España marca los desafíos que se darán en cada momento a los responsables de las políticas económicas y sociales. Este impacto perdurará hasta pasada la segunda mitad del siglo XXI.

**Figura 3. Previsión de la población española en 2010, 2020 y 2049. Pirámides superpuestas**



Más concretamente, según los datos de la *Conselleria de Sanitat* de la *Comunitat Valenciana*, en 2013, en la Estrategia de Envejecimiento Activo (EEA) de la *Comunitat Valenciana*, la población valenciana es una población envejecida. En el año 2009 la proporción de personas mayores de 65 años era del 17% del total, unas 800.000 personas, y la esperanza de vida respecto al nacimiento de 81.2 años (78.3 para los hombres y 84.1 para las mujeres). La última Encuesta de Salud de la *Comunitat Valenciana* muestra que el 78.6% de la población entre 65 y 74 años padecía algún tipo de enfermedad crónica, porcentaje que aumenta al 85.7% entre los mayores de 84 años. Además, los resultados sobre hábitos saludables de la encuesta de salud indican que una importante proporción de

personas mayores padecen obesidad o tienen sobrepeso y no hacen ejercicio físico o sólo hacen ejercicio suave de forma esporádica. Las limitaciones funcionales para realizar las actividades de la vida diaria y de la movilidad empiezan a tener gran importancia a partir de los 65 años y aumentan con la edad al igual que la necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria como hacer la compra, alimentarse, vestirse o para el aseo personal.

La meta principal de la Estrategia de la EEA es mejorar la calidad de vida de las personas mayores promoviendo el envejecimiento activo y la prevención de la discapacidad y la dependencia. Para ello los objetivos generales de la Estrategia son:

- *Promover el envejecimiento activo y saludable de los ciudadanos*
- *Mejorar las actividades para la prevención de la discapacidad y la dependencia*
- *Fomentar la coordinación y la investigación en relación con la salud de las personas mayores*
- *Impulsar la coordinación y colaboración de todos los implicados en la salud de los mayores*

## **1.1. JUSTIFICACIÓN**

Según la OMS (2012), hay muchos factores que pueden influir en el buen envejecimiento. La capacidad funcional de una persona alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y a partir de entonces empieza a declinar de modo natural. El ritmo del descenso está determinado, en parte, por nuestra conducta y experiencias a lo largo de la vida. Entre ellas, son importantes nuestros hábitos alimentarios, la actividad física que realizamos y nuestra exposición a riesgos para nuestra salud como el fumar de forma habitual, el consumo nocivo de alcohol o el consumo de sustancias tóxicas.

Villar (2013), por su parte, defiende que el modelo de envejecimiento exitoso ha potenciado la investigación sobre los factores para un envejecimiento satisfactorio: biológicos, comportamentales y sociales. Pero también este modelo, establece unos criterios universales a los que sólo pueden llegar un número muy reducido de personas, quedando fuera aquellas que presentan algún tipo de discapacidad, que están en situación de exclusión social, o que presentan un estado muy avanzado de envejecimiento. Quedan pues eliminados de la definición de envejecimiento exitoso, el envejecimiento patológico y el envejecimiento habitual, que es el modo más frecuente de envejecer. En este sentido, cabe destacar que en

la actualidad hay muchas personas mayores con edad avanzada que pierden la capacidad de vivir independientemente por padecer limitaciones en la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Consecuentemente, muchas personas mayores necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, ingreso en centros residenciales para personas mayores y/o estancias prolongadas en hospitales. La necesidad de asistencia para las personas mayores a largo plazo está aumentando, y se calcula que de aquí al año 2050 la cantidad de personas mayores que necesitarán algún tipo de asistencia se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo (OMS, 2012).

El envejecimiento, como cualquier proceso que vive cada individuo en sociedad, es susceptible de ser estudiado desde una perspectiva que atienda a su contexto. Según Pike (1954 cit. en Oliver et al., 2015), acuñando los términos “emic” y “etic”, en clara analogía a la fonémica y la fonética, fue el primero en llamar la atención sobre la importancia de investigar desde una perspectiva particularmente adscrita a una cultura, a un dominio, o a un ámbito más general. Durante los últimos años está cobrando mucha importancia la investigación sobre el proceso de envejecimiento desde un doble enfoque. Se pretende abordar el envejecimiento desde la perspectiva

específica de una cultura (*emic*) y desde una perspectiva universal (*etic*), aunque existe poca investigación comparativa al respecto. Al revisar la literatura científica en investigación cualitativa en envejecimiento con éxito, se observa que hay relativamente pocos estudios realizados en países no occidentales, y que los participantes en estas investigaciones pertenecen a la misma cultura. Investigaciones recientes se dirigen a alcanzar estas metas, a pesar de las dudas sobre la representatividad de las muestras por su reducido tamaño y el tipo de muestreo llevado a cabo (Karlin, Weil, Saratapun, Pupanead y Kgosidialwa, 2014).

Por su parte, Hillton, González, Saleh, Maitoza y Cole (2012), investigaron en una muestra con personas latinas (latinos) en Estados Unidos y descubrieron que, a pesar de ser la minoría con mayor y más rápido crecimiento, no se han tenido en cuenta en las investigaciones en envejecimiento con éxito. En el contraste de los resultados con otros procedentes del contexto anglosajón, japonés, japonés-americano y latinoamericano, se encontró que latinos y latinoamericanos tenían respuestas muy similares, en referencia al envejecimiento con éxito y una concepción que se diferenciaba de la de los otros grupos culturales. Para los latinos eran más importantes el optimismo, la visión positiva y el vivir el presente, convivir en comunidad y potenciar las relaciones sociales, la espiritualidad y la familia para encontrar alivio y significado a su

edad, pero siempre estaba presente el tema de la seguridad económica. La investigación de Jane Hilton y colaboradores (2012) es importante porque ofrece directrices para la investigación en esta área, donde se incluyen las limitaciones metodológicas a superar y las discusiones sobre tópicos importantes en las investigaciones actuales sobre envejecimiento con éxito.

Por otra parte, se observa un creciente interés por estudiar el envejecimiento en contexto español, ya que se considera un contexto óptimo para comprobar si modelos teóricos que se han planteado en otros ámbitos socioculturales intentando ser universales, tienen apoyo o evidencia empírica trabajando sobre datos de personas mayores en España. Serrano, Latorre y Gratz (2014) exponen que España es uno de los países de Europa con más cambios en lo referente al aumento de la población que envejece en el siglo XXI. Una mayor esperanza de vida junto a la menor tasa de fertilidad da lugar a una ratio más grande de personas mayores. Este hecho supone retos para la calidad de vida a nivel individual y familiar, así como en el plano económico y en la organización de las prestaciones de los servicios sociales y de salud. Por esta razón es aún más necesario avanzar en la investigación de los procesos que median en este envejecimiento y que producen, o no, que se vivan de manera más exitosa, saludable o activa.



Así pues, la presente investigación, se enmarca en las concepciones del buen envejecer en la población española. Una aproximación a personas con este buen envejecer podemos encontrarla en los estudiantes de varios centros de la *Universitat dels Majors* (UNIMAJORS) que participan activamente en centros adscritos la *Universitat de València* de formación continuada para mayores. En las aulas para mayores, se imparten módulos que tratan, en los diferentes cursos, básicamente de contenidos de temas sociales como Historia del Arte, Música, Salud y Geografía, Derecho, Filosofía, Sociología y Patrimonio Artístico Valenciano, Psicología, Literatura Española del Siglo XX, Historia de España y Economía, entre otras asignaturas optativas: Informática, Lengua y Cultura Chinas, Fotografía Digital, Inglés, etc... Los alumnos de estas aulas tienen pues, la oportunidad de adquirir conocimientos que fomentan el crecimiento personal y la comprensión del mundo que les rodea y de la historia de su propio contexto y el de otras culturas. Además, el estudio de los contenidos y el uso de las nuevas tecnologías para la realización de las tareas que se exigen a los/as estudiantes, pueden ser una forma de estimulación cognitiva y de adquisición de habilidades novedosas para la persona mayor. Además, desde la *Universitat dels Majors*, se organizan actividades extra académicas que refuerzan su compromiso en la actividad y las relaciones de intergeneracionales. El planteamiento de base de esta tesis es

que la formación continuada a lo largo de la vida del individuo puede ser un factor de gran importancia para el mantenimiento de la actividad mental y la realización personal (*life long learning*), y fomentar así las conductas de salud y la calidad de vida de las personas. Dado este acercamiento, es fundamental definir y delimitar constructos y elementos clave presentes en este proceso, como son el bienestar y la satisfacción con la vida.

## **1.2. Satisfacción con la vida y bienestar**

### ***Satisfacción con la vida***

Para Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), la satisfacción con la vida describe un proceso cognitivo, de juicio, en el que la persona evalúa la calidad de vida de acuerdo a su criterio (Shin y Johnson, 1978). La satisfacción vital es por lo tanto un juicio consciente, basado en el contraste la vida con un grupo de normas o estándar auto-impuesto, que lleva a la persona a evaluar globalmente la vida. (Sancho 2013). Pero, aunque puede haber cierto acuerdo acerca de los componentes importantes de "la buena vida", como las relaciones de salud y éxito, las personas tienden a asignar diferente importancia a estos componentes (Diener et al., 1985). Y, además, las personas pueden que tener normas muy diferenciadas para el "éxito" en cada una de estas áreas de su

vida. Por ello es necesaria la evaluación global de la persona (Pavot y Diener, 1993).

### ***Bienestar***

Diener en 1984, presenta una de las definiciones más utilizadas de bienestar. Lo define como una propiedad de la persona que se basa en criterios individuales para referirse a la satisfacción con la vida. Y expone que el bienestar es el producto del contraste entre las experiencias afectivas positivas y las negativas. El bienestar subjetivo, cuenta con varios modelos explicativos, aunque, principalmente, se suele definir el bienestar psicológico en dos mitades: por un lado, la parte afectiva, que se divide en afecto agradable y desagradable (Diener y Emmons, 1984), y, por otro lado, la parte cognitiva, entendida como satisfacción con la vida (Andrews y Withey, 1976). Estas dos mitades proporcionan información complementaria, ya que se comportan de modo diferente en el tiempo y tienen diferentes matices (Beiser, 1974; Dehaes, Pennink y Welvaart, 1987).

Dado que la OMS en 2012, define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, la salud se encuentra en relación directa con los diversos tipos de bienestar, ya sea mental, psicológico o subjetivo, o social, y con la forma de medirlos. Se deduce pues, que cuando se

aborda la salud, se trata implícitamente el bienestar. Bienestar y satisfacción con la vida, ofrecen una estimación de la eficacia de las políticas sociales con los mayores. Insistimos en que es muy importante conocer estos factores debido al envejecimiento progresivo de la población y a los recursos económicos escasos debidos a la crisis económica global actual (Sancho 2013).

### **1.3. Modelo de envejecimiento armónico**

Liang y Luo (2012), presentan un nuevo modelo teórico para explicar el buen envejecer denominado “envejecimiento armónico”. Este modelo o paradigma de envejecimiento positivo se basa en la filosofía oriental y ofrece un enfoque integral de la persona que concibe la salud como el equilibrio entre el cuerpo y la mente y las relaciones satisfactorias con las demás personas. El envejecimiento armónico aporta una aproximación transcultural al estudio del envejecimiento ya que recoge las diferencias individuales en la experiencia de envejecer teniendo en cuenta la etnia, el género y la situación socioeconómica de la persona.

## **1.4. Objetivos**

Para acercarnos con métodos rigurosos al proceso de investigación sobre los diferentes modelos de envejecimiento necesitamos:

### **1. 4.1. Conocer los modelos sobre envejecimiento exitoso**

a. Realizar una búsqueda sistemática en las principales bases de datos sobre artículos publicados en revistas científicas en un periodo que recoja como mínimo la última década, sobre el envejecimiento armónico, relacionado con los principales modelos de envejecimiento y las variables que hemos considerado relevantes para un envejecimiento de éxito.

b. Realizar una selección de los artículos relevantes para el envejecimiento armónico en relación a las variables que hemos seleccionado como relevantes. Preparación de la base de datos.

c. Elaborar el diagrama del procedimiento de búsqueda y selección de los artículos

d. Estructurar esta información extrayendo hipótesis a someter a prueba en nuestro contexto

**1.4.2. Obtener, procesar e informar los datos de la muestra y poner a prueba los modelos más representativos del proceso**

d. Presentar y poner a prueba el modelo de envejecimiento armónico

e. Analizar e interpretar los resultados obtenidos

f. Presentar y poner a prueba una alternativa: el modelo multidimensional de envejecimiento con éxito de Iwamasa y Iwasaki (2011)

h. Analizar e interpretar los resultados obtenidos

**1.4.3 Debatir sobre las implicaciones de estos modelos en conexión con la literatura y la estrategia EEA valenciana.**

## 2. MARCO TEÓRICO





## **Teorías del envejecimiento**

Es importante, repasar el recorrido de la evolución y el desarrollo de las diversas teorías y modelos para abordar el envejecimiento que se han ido instaurando en la sociedad, para entender la importancia de envejecer bien y la prevención de la dependencia en relación al bienestar y la satisfacción con la vida. Para Sancho (2013), las teorías del envejecimiento tienen una tradición muy larga en el pensamiento humano, desde la epopeya de Gilgamesh en Babilonia sobre el año 3000 a.C., pasando por escrituras hebreas o cristianas quedan plasmadas ideas sobre la sabiduría y el sufrimiento asociado al proceso de envejecimiento. Aristóteles fue el primero en codificar las teorías de la edad, que dividió en cuatro etapas el ciclo vital a las que atribuyó ciertos humores. Las teorías actuales sobre el envejecimiento con éxito se remontan a los escritos de maestros del pasado como Coronaro, quien en 1557 ofreció un régimen para promover el envejecimiento saludable, que consistía en el ejercicio, la dieta y la templanza (Bengtson, Gans, Putney y Silvertein, 2009).

Rocío Fernández-Ballesteros (2009) expone que durante la evolución de los diferentes modelos para concebir el buen envejecer en el siglo XX, se han ido difundiendo y adoptando algunas de las palabras del vocabulario científico para describir

el envejecimiento entre los agentes sociales, los representantes políticos, los medios de comunicación y la sociedad en general. Actualmente, la disciplina científica de la Gerontología se encarga de la investigación en el envejecimiento. Michel Elie Metchnikoff acuña el término Gerontología a principios del siglo XX. Hoy en día, existe discusión sobre si este término realmente es capaz de cumplir su función y representar lo que se pretende. En Estados Unidos, en diversos foros se ha planteado como alternativa, y es algo que está actualmente en discusión la conveniencia de términos como Psicología del Ciclo Vital. Los detractores del término Gerontología o Psicogerontología, argumentan la vacuidad de esos términos: ¿Qué es realmente la gerontología? En cualquier caso, alrededor de este nuevo enfoque científico de la Psicogerontología surgen teorías para explicar el proceso de envejecimiento. Según Davidson (2011) las teorías gerontológicas derivadas de la Sociología se desarrollan en Estados Unidos a partir de 1930 y más tarde, en Reino Unido, aunque más lentamente, y se aportan avances de relevancia en este enfoque científico para entender el envejecimiento. Aunque, ya que el proceso de envejecimiento es la unión de procesos biológicos, psicológicos y sociales, las teorías que se derivan alrededor del envejecimiento se pueden encuadrar con interés meramente clasificatorio, del mismo modo: teorías biológicas, teorías psicológicas y teorías sociales.

## **2.1. Teorías biológicas**

Existen muchas teorías que se basan en el aspecto biológico del envejecimiento. Shock (1977) clasificó las teorías biológicas del envejecimiento en tres categorías: (1) teorías del envejecimiento primario o programado, que se centran en el ADN conforma a un plan genético para el envejecimiento. (2) Las teorías del envejecimiento secundario, donde el envejecimiento es un concepto patológico y degenerativo causado por el paso del tiempo; y (3) teorías del envejecimiento terciario, que apuntan como causa del envejecimiento el final de alguno de los mecanismos fisiológicos de control, como el sistema inmunitario o el neuroendocrino. Posteriormente, Goldstein, Gallo y Reichel (1989) clasificaron las teorías biológicas de la vejez en dos categorías: estocásticas y no estocásticas.

En primer término, las teorías estocásticas, denominadas también como de uso y desgaste, o teorías del envejecimiento al azar, exponen que el envejecimiento está causado por la suma de alteraciones ambientales que se acumulan durante la vida. Estos daños aumentan su potencial de forma progresiva durante de la vida del individuo hasta que fallece. Los cambios en la fisionomía son el resultado del deterioro acelerado del ADN, de la acumulación de errores, de proteínas defectuosas

que funcionan mal o que están muertas. Entre las teorías estocásticas cabe destacar la teoría de los radicales libres de Harman (1956), que expone que el envejecimiento resulta de los efectos perniciosos que los radicales libres tienen sobre los tejidos. Los radicales en el proceso metabólico son el factor primario de envejecimiento. Y, aunque se requiere de más investigación, ya se conoce el daño que causan los radicales libres en las enfermedades cardíacas, el cáncer o el Alzheimer. En esta línea, destaca la teoría del error catastrófico (Orgel, 1963) que expone que el envejecimiento es el resultado de un defecto que surge en síntesis proteínicas, aunque esta teoría no se haya comprobado experimentalmente.

La teoría del entrecruzamiento, por su parte, defiende que algunas proteínas como el colágeno se entrecruza cada vez más y disminuye la permeabilidad y elasticidad del entorno celular, lo que puede impedir los procesos metabólicos obstruyéndose el paso de los nutrientes y de los residuos hacia dentro y hacia fuera de las células. Tampoco existen pruebas que indiquen que el entrecruzamiento impida los procesos la formación de moléculas defectuosas. Otra teoría, la teoría del desgaste expone que el envejecimiento y la muerte son el resultado de la acumulación de daños en las células. Hans Selye (1974), sostiene que el estrés aumenta el proceso de desgaste. Aunque algunos experimentos demuestran que el

desgaste a nivel de las moléculas no influye fundamentalmente en el envejecimiento o en sus efectos.

Por otra parte, las teorías no estocásticas, o teorías del envejecimiento programado, entienden el envejecimiento como un proceso. La senectud es solamente continuación del proceso de desarrollo, que se corresponde a la última etapa de la vida. Hay varios procesos de envejecimiento programados de forma innata en el genoma de cada organismo que controlan el crecimiento y la maduración de los seres vivos. Dentro de las teorías no estocásticas destaca la teoría del marcapasos o del reloj (Burnet, 1974) que defiende que la genética mantiene la forma de un cuerpo durante el periodo de éxito reproductivo. Después de esta etapa se pierde la función de los mecanismos genéticos para evitar los procesos estocásticos, resultantes de la desregulación y la muerte (Cristofalo et al., 1999). Destaca también dentro de este mismo enfoque, la teoría de la mutación genética (Curtis, 1961) que expone que las mutaciones son el principal impulso de la evolución y de la selección natural. Las mutaciones genéticas pueden ser beneficiosas o nocivas y tienen un papel principal en la creación y mantenimiento de la vida y en los procesos de envejecimiento.

## **2.2. Teorías psicológicas**

La psicología general aborda el estudio del envejecimiento desde la perspectiva individual. Existen varias teorías entre las que se remarcan en la producción de literatura científica el psicoanálisis y el conductismo. El psicoanálisis ofrece una visión un tanto negativa del envejecimiento, dando mayor importancia a los años iniciales de la vida, que a los a los últimos años. El conductismo, por su parte ofrece un punto de vista si cabe más positivo, ofreciendo la posibilidad de cambiar la conducta también en la vejez. Ninguna de las dos teorías anteriores da una descripción específica del envejecimiento y se usan los mismos principios generales del funcionamiento psicológico del ser humano, con independencia de su edad. Quizás, es por esto que pueden ser las teorías clásicas del desarrollo las más destacadas entre las teorías psicológicas del envejecimiento. Dos de los autores más destacados, Jung y Eriksson ofrecen perspectivas alternativas al psicoanálisis de Freud porque desarrollan conceptos sobre personalidad específicos para la vejez.

Jung, desde la perspectiva psicoanalítica del desarrollo humano, defiende que la persona adulta no es un mero reflejo de lo que fue durante la infancia. Según sus principios, el presente y el futuro tienen una gran importancia. Jung tuvo especial interés en el desarrollo psicológico durante la segunda

mitad de la vida, y planteó que el desarrollo del ser humano adulto era un proceso que se caracteriza por el crecimiento y el cambio. Las personas se guían tanto por sus metas, como por sus experiencias pasadas, desarrollando con esfuerzo su potencial y su personalidad, para formar un yo equilibrado e integrado. En este sentido, el individuo puede aceptar e integrar todas las facetas de su personalidad, incluso las que previamente negaba. Esto produce una reorientación que viven las personas durante la mediana edad y la vejez, con una pequeña diferenciación entre géneros. Así pues, los hombres se vuelven más tolerantes hacia su parte femenina y viceversa en las mujeres. A medida que las personas van atravesando el ecuador de sus vidas, han de marcarse nuevos objetivos y metas para explorar y reflexionar sobre su mundo interior. La transición desempeña aquí un rol principal como proceso preparatorio hacia el final de la vida.

Por su parte Erikson (1950, 1968), no destaca el futuro frente al pasado. Este autor expone que el ser humano atraviesa ocho facetas en su desarrollo, desde que nace hasta la senectud. Por lo tanto, el pasado cobra menor importancia desde este punto de vista. La persona ha de superar paulatinamente las crisis de cada etapa para dominar los problemas de un periodo posterior. Según Erikson, se produce el desarrollo del ego como la parte del “*self*” que interactúa con el mundo real usando procesos cognitivos. La sucesión entre

facetas es debida al desarrollo psicológico de la persona y a las expectativas sociales externas. Esta teoría describe las etapas desde el principio epigenético (factores no genéticos), determinando varios principios que rigen las relaciones fundamentales del desarrollo. Según Erikson, la crisis de desarrollo en la vejez se sostiene en la integridad del yo frente la desesperación. Las personas mayores realizan una retrospectiva de su vida, de sus propias experiencias, principalmente de las sociales. Pueden alcanzar la integridad del yo, superando el egoísmo y el interés personal, y aceptar su lugar en el orden de la vida, su pasado y el final de la vida. Las etapas del desarrollo son pues universales, aunque la experiencia y el procesamiento de cada individuo tiene un resultado único para cada persona. Esta teoría ofrece una visión más biopsicosocial del desarrollo humano, y remarca la función de los factores sociales y psicológicos en contraposición a los determinantes biológicos.

Por otra parte, Havighurst (1963, en Sancho 2013), se centra en las diferencias en la forma que cada persona vive los periodos de vida para entender el envejecimiento. El desarrollo, en este caso, es comprendido como un proceso que dura toda la vida, y que no está determinado sólo de manera endógena, sino que es producto de la interacción de la biología y el entorno. El paso a una edad avanzada produce una inestabilidad interna o externa. Hechos como la jubilación, el



nido vacío, la pérdida de seres queridos o las enfermedades propias provocan cambios en la situación de las personas que pueden causar inestabilidad, tanto psíquica como física. De esta inestabilidad emerge la importancia de tener maestría en las tareas de desarrollo apropiadas en cada etapa de la vida. Estas tareas de desarrollo se originan en la maduración corporal, en las normas culturales y en las expectativas y de los valores individuales. De esta manera, Havighurst, hace hincapié en el envejecimiento adecuado, y lo defiende como un estado interno de felicidad. El envejecimiento exitoso, la satisfacción con la vida y el placer de vivir, es causa directa de la superación de estas tareas. El fracaso en este proceso supondrá infelicidad, dificultades e, incluso, desaprobación social.

### **2.3. Teorías sociológicas**

Fernández-Ballesteros (2009) expone que hasta finales de los años 70 la investigación estaba centrada en el estudio de los cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, y había pocas referencias sobre las formas de envejecer, aunque cabe destacar dos teorías relevantes: la teoría de la desvinculación y la teoría de la actividad.

La teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961 cit. en Sancho, 2013) defiende que la vejez implica una retirada del mundo social, de los vínculos y de los roles socialmente

significativos. Se supone que esta retirada tiene naturaleza adaptativa y es beneficiosa para la persona mayor y para la sociedad en general, pues, según estos autores, en esta etapa disminuyen los recursos y aumenta la probabilidad de muerte. Este proceso se puede iniciar por la propia persona o por otras de su entorno, y está más marcado en el caso en determinadas relaciones sociales. Es, pues, un retraimiento la sociedad y del individuo por ambas partes. La persona deja de relacionarse con la sociedad y ésta, le ofrece menos posibilidades para su desarrollo. Este hecho, está bastante asociado a la jubilación, donde se habilita un espacio social para que personas mayores dejen espacio a las nuevas generaciones. Se trata de una desvinculación universal y recíproca, en la que la persona mayor se retira de la sociedad y a sociedad misma toma las responsabilidades económicas, sanitarias y sociales de las personas mayores.

Por otra parte, como contrapunto a la teoría de la desvinculación surgen las teorías de la actividad, de exponen que un envejecimiento adecuado se sustenta en el mantenimiento de actividades y de ciertas actitudes sociales (Davidson, 2011). Este enfoque defiende que, en las personas mayores, existe una relación positiva entre las relaciones sociales e interpersonales con la adaptación y la satisfacción con la vida. De esta manera, el sentimiento de utilidad, el estilo de vida activo y el desarrollo de nuevos roles que sustituyan a

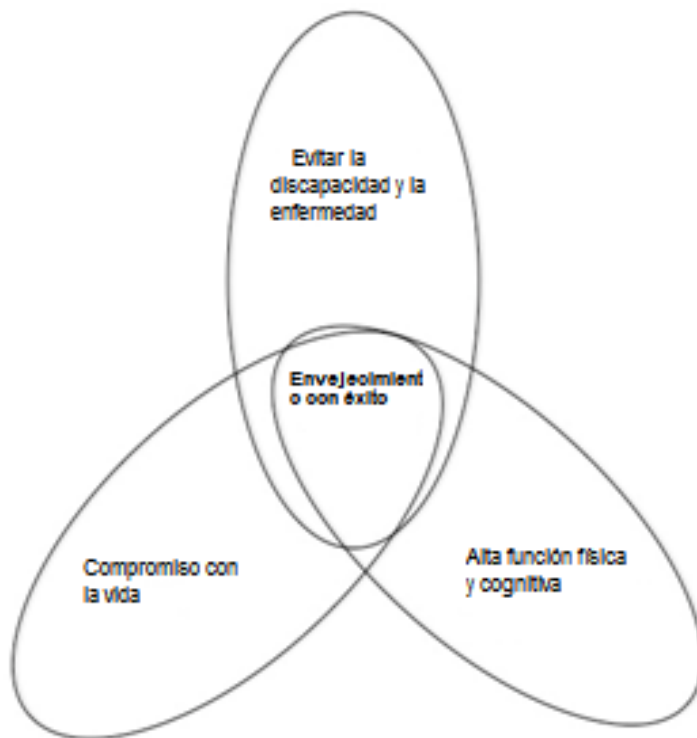
los perdidos cobran mucha importancia. En caso de que esta sustitución no se dé se desemboca en la anomia, es decir, que la persona no tiene propósito ni identidad, y la persona mayor se convierte en un ser inadaptado y alienado. Por lo tanto, para obtener un envejecimiento exitoso la sociedad ha de ofrecer roles nuevos a las personas mayores. Por otra parte, la teoría de la actividad de (Tartler, 1961 cit. en Fernández-Ballesteros, 2009) defiende que sólo la persona activa puede sentirse feliz y satisfecha. Este paradigma expone que las personas mayores no desean desvincularse y que, además, si se les ofrecen las oportunidades necesarias, tratan de seguir activos y sustituyen los roles perdidos por otros nuevos. Así, el mantenimiento de la actividad en la vejez aumentaría la satisfacción y el bienestar en esta etapa de la vida.

Es en los años 80 se desarrolla el modelo de envejecimiento activo y posteriormente en Kendin (2004), desde la sociología, defiende que el envejecimiento activo es un concepto particularmente valioso para orientar las acciones de investigación y políticas positivas sobre el envejecimiento, ya que busca crear una sociedad para todas las edades. El envejecimiento activo se define como: “el proceso de optimización de las oportunidades salud, seguridad y participación en orden a mejorar el bienestar y la calidad de vida según se envejece” (OMS, 2002). Como señalábamos, es en la década de los 80 cuando surgieron otros modelos

asentados en esta teoría de la actividad, como el de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1987), y se desarrollaron definiciones para predecir esta manera de envejecer y los modelos teóricos asociados a ella. La tercera etapa para el desarrollo del estudio del envejecimiento comprende desde los años noventa hasta la actualidad, periodo en el que se han desarrollado estudios longitudinales sobre el envejecimiento exitoso y el envejecimiento saludable.

En este contexto, ya posterior, Rowe y Kahn (1997) revisan su modelo de envejecimiento exitoso para incluir el mantenimiento del bienestar físico y de la función cognitiva, y la participación en la vida social y en actividades productivas. Determinan los tres pilares fundamentales para su modelo de envejecimiento con éxito, que son tres componentes interrelacionados: tener una baja probabilidad de sufrir una enfermedad y / o tener una discapacidad, disfrutar de una alta capacidad cognitiva y física, y mantener un alto compromiso con la vida (fig. 4). Cada uno de los elementos del modelo de envejecimiento con éxito es parte de una estrategia global del sistema y, por tanto, cada uno está relacionado con los demás. Estas variables son la puesta en marcha de características que describen tanto las debilidades como las fortalezas de la persona mayor, y cada una debe tener en cuenta tanto las características individuales como las diferencias en el contexto de la persona.

**Figura 4. Adaptación del modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn 1997**



Es posible afirmar que factores como la personalidad, la familia, la actitud, las creencias, los valores, etc., tienen incidencia relativa en el envejecimiento, que no se basa solamente en el proceso evolutivo, y se puede retrasar o mejorar dependiendo del patrón de conducta de la persona aunque no es un proceso exclusivamente físico ni

individualizado. En esta línea, desde la sociología se diferencian dos perspectivas del curso de la vida: la institucional y la biográfica (Dannefer, 2011). La primera de ellas entiende el envejecimiento como la relación entre individuos en términos de estructura social y cultural, como componentes del sistema social. La teoría institucional se acerca en cierta manera al enfoque biopsicosocial el desarrollo vital. Por su parte, la perspectiva biográfica tiene como objeto de estudio el desarrollo social y la interpretación de los acontecimientos durante el envejecimiento a nivel individual.

Estos planteamientos guardan relación con algunos anteriores, como la teoría de la modernización de las situaciones sociales de Cowgil (1974). Postula que, debido al proceso de modernización de la sociedad, se acaba degradando la posición social de las personas mayores. Se indican señalan varios factores que producen inferioridad de los individuos en el envejecimiento: (1) los avances en sanidad, invierten la pirámide poblacional puesto que permiten que las personas vivan más. (2) Los avances técnicos del sistema, exigen a la persona tener un mayor nivel de conocimientos. (3) El desarraigo familiar consecuente al abandono del entorno rural; y (4) el mayor nivel de escolarización de los descendientes es un factor que puede llevar a la segregación intelectual. Cuando estos cuatro aspectos confluyen, las personas mayores pasan a un segundo plano y se empobrecen

sus relaciones sociales, lo que produce una ruptura entre las generaciones.

La teoría de la continuidad (Atchley, 1969; Neugarten, 1964), expone que hay una continuidad en tanto en cuanto las personas mayores se esfuerzan en el mantenimiento de sus roles y la consecución de metas. La inadaptación surge cuando no se da esta continuidad. Esta teoría expone que la última etapa de la vida de la persona es tan sólo una prolongación de las etapas anteriores y se basa en que la persona evoluciona a lo largo de estas etapas adquiriendo nuevos valores, habilidades, hábitos o conductas que se mantienen en los años de senectud. Así pues, los roles desarrollados a lo largo de la vida facilitan la adaptación de las personas en el envejecimiento (Sancho, 2013). Por su parte, la teoría del entorno social de Gubrium (1973), afirma que el comportamiento del individuo que depende del medio donde vive y, consecuentemente, de su comunidad, que determina de este modo la adaptación, la satisfacción de los individuos, y las labores y actividades que realizan. Al reducirse el nivel de actividad de los individuos junto con otros factores, se influye negativamente en el proceso de envejecer. De este modo, se observa que factores como la atención sanitaria, la economía y el apoyo social cuando la persona es mayor, influyen más que ciertos aspectos biológicos.

A demás de las teorías mencionadas, cabe citar otras teorías que coinciden en varios aspectos: (1) la teoría de la subcultura (Rose, 1965) que emana de la sociología, (2) la teoría del grupo minoritario (Streib, 1965 cit en Sancho 2013) y (3) la teoría de la estructuración social de Mishara y Riedel (1986). La teoría de la subcultura expone que las personas mayores se relacionan con gente de su edad porque coinciden en muchos rasgos, a la vez que se reduce la interacción con personas de otros grupos de edad. La teoría del grupo minoritario enuncia que las personas mayores se encuentran de algún modo en la obligación de estar integrados en un grupo minoritario con atribuciones negativas, que las personas mayores acaban haciendo propias. La teoría de la estratificación social expresa que en todas las sociedades los individuos se agrupan cuando se presentan diversas características, y el conjunto de estas ejercen cierta influencia en el grupo. Por razones de edad se observa también clasificación por estratos, que produce el aislamiento de las personas mayores, creándose además subgrupos y subculturas. De esta manera, encontramos que, cuanto menor es la participación de las personas mayores en la sociedad, mayor es la consciencia de grupo, lo que conlleva a entrar en una espiral donde a mayor inhibición, más grande es el sentimiento el sentimiento de grupo.



Según las teorías del ciclo vital (*lifespan theories*), que se centran en aquellas capacidades que la persona sigue manteniendo en la vejez, a medida que pasa el tiempo, estas capacidades se dirigen progresivamente menos a conseguir nuevos logros y más al mantenimiento de los estados actuales en situaciones de riesgo o a la regulación de la pérdida y al control de daños cuando el deterioro es irreversible. Desde la perspectiva del ciclo vital, envejecer con éxito implica poner en marcha procesos adaptativos para minimizar la probabilidad de que la persona experimente pérdidas, manteniendo los estados que la persona considera satisfactorios y frenando o compensando los efectos perniciosos de las pérdidas, cuando son inevitables.

Existe consenso en que una de las teorías del ciclo vital más importantes es la de Baltes (Baltes y Baltes, 1990; Freund, 2008; Freund y Baltes, 2007) y en ella se expone el modelo que ha sido denominado [SOC] (*Selection, Optimization and Compensation Model*) que habla de las estrategias de selección, optimización y compensación, entendidas como procesos por los cuales podemos alcanzar y sostener metas a lo largo del ciclo vital. Desde este modelo, se defiende que aplicando eficazmente los procesos del modelo SOC se consigue aprovechar esos recursos que disminuyen con la edad, y que este aprovechamiento está vinculado a niveles óptimos de bienestar y satisfacción con la vida.

Referente a la forma de envejecer con éxito, Baltes y Baltes (1990) proponen un modelo de envejecimiento que sugiere la inclusión de indicadores de funcionamiento biológico como la longevidad y la salud biológica; de funcionamiento psicológico como la salud mental y aspectos positivos de la persona tales como la eficacia cognitiva, la competencia social y productividad, el control personal y la satisfacción vital. Estos autores consideran el envejecimiento como un proceso dinámico en el que acontecen ganancias y pérdidas. Baltes y Baltes entienden el envejecimiento con éxito como un balance positivo entre las ganancias y las pérdidas durante el proceso de envejecimiento, predominando las ganancias. Ésta es una de las muchas aproximaciones al concepto de envejecimiento con éxito que ha surgido durante estos años (Ouwehand, de Ridder y Bensing, 2007). Fernández-Ballesteros (2009) expone que no hay un consenso entre los autores sobre qué supone envejecer con éxito y qué factor determina esta forma de envejecimiento. La autora no obstante expone que hay tres modelos representativos de esta forma de envejecer como son los modelos de envejecimiento satisfactorio, de envejecimiento activo y el modelo de Selección, Optimización y Compensación (SOC). Para Fernández-Ballesteros (2009) estos modelos pretenden diferenciar entre los indicadores del buen envejecer (García y García, 2013).

Por otra parte, en Tavel (2008) se habla, entre otras, de las teorías culturales y antropológicas de envejecimiento con éxito (*cultural and anthropological theories*), en las que se tiene en cuenta que factores etnológicos y sociológicos también influyen en la psique humana. La primera de estas teorías es la llamada teoría de la modernidad (Cowgill y Holmes, 1974, en Tavel 2008). Esta teoría afirma que la posición de las personas mayores y la atención disponible para ellos empeoran en tanto en cuanto la sociedad es más moderna. En esta teoría el nivel de modernización está determinado por el nivel de industrialización y de urbanización, además de factores demográficos, económicos y factores climáticos. También por la tecnología médica, la organización social, la educación, y la religión. Los cambios están relacionados entre sí, afectando a la situación de las personas mayores. La imagen del ser humano es muy negativa. Las ideas y las expectativas relacionadas con la vejez son, sin embargo, más positivas que en las sociedades menos desarrolladas. Algunos autores (Bengtson et al., 1975, en Tavel, 2008) han criticado la teoría de Cogwill (1974) y señalan que en Japón, por ejemplo, a pesar de que sea una sociedad muy desarrollada, la imagen de la vejez sigue siendo muy positiva. Efectivamente el ámbito sociocultural oriental introduce diferencias y ricos matices al acercamiento al envejecimiento satisfactorio, y justifica que en esta tesis se destine atención a su tratamiento en las páginas siguientes.

### **2.3.1. Teorías y modelos basados en concepciones orientales**

Como preámbulo señalar que entre al año 2000 y el 2050 la proporción mundial de personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, las personas mayores de este grupo de edad pasarán de 605 millones a 2000 en el transcurso de medio siglo. El cambio demográfico será más intenso y rápido en los países con ingresos bajos y medianos, como el Brasil y China. Se estima que entre 2000 y 2050 habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca, aumentando casi en cuatro veces la cantidad de personas de 80 años o más hasta alcanzar los 395 millones de personas mayores (OMS, 2012). Por su parte, Kofi Annan (en Kendin, 2004), como Secretario General de la ONU declaró: "Estamos en el medio de una revolución silenciosa que se extiende mucho más allá de la demografía, con grandes implicaciones económicas, sociales, culturales, psicológicas y espirituales".

Una corriente relevante en esta revolución silenciosa procede del ámbito asiático. Así, las investigaciones de Matsubayashi y Okumiya (2012), sobre el envejecimiento desde el punto de vista del cuidado médico e interdisciplinar en las en diferentes contextos de comunidades asiáticas y en las

tierras altas del Himalaya, exponen que para comprender verdaderamente el envejecimiento hay que concebir tanto el factor genético, como el aspecto de la diversidad de envejecimiento que aparece en los fenotipos de las personas mayores que varían dependiendo de la ecología y la cultura debido a los mecanismos epigenéticos. Los factores que pueden definir el envejecimiento óptimo deben incluir tener una buena salud, la economía y la participación social. Para estos autores, es muy importante para las personas de edad avanzada sean conscientes del significado de la vida y tener una meta o propósito durante la senectud. El autoconocimiento y la vida espiritual son también factores importantes. El significado en la vida se puede expresar en varios sentidos: emprender una peregrinación a la tierra santa o a la región de la persona, tener un fuerte orgullo étnico, como se observó en personas mayores de un pueblo vietnamita. También el hecho de poseer un sentido de la vida significativo, variable estudiada en residentes de un hogar de ancianos de Myanmar, o la comprensión prendida por el budismo o la creencia en el nirvana, observada entre los tibetanos de edad avanzada. Así, se puede concluir que a mayor edad, la gente se vuelve más diversa en el significado que le dan a su vida (Matsubayashi y Okumiya, 2012).

Kendin (2004), precisamente para responder a esa necesidad de un modelo transcultural y que ofrezca una visión

integral de la persona mayor, expone el modelo denominado: “envejecimiento consciente”. Este se centra en mejorar las experiencias de envejecimiento a través de la sabiduría de las personas mayores, la búsqueda espiritual, y la revisión de vida. Estos conceptos se han desarrollado en los países occidentales modernos, donde hay un sentido más fuerte de individualismo que en las culturas orientales.

Por otra parte, Liang y Luo (2012), presentan el modelo de “envejecimiento armónico” que se define como un nuevo modelo teórico para alcanzar el buen envejecer, inspirado en la filosofía oriental. El modelo de estas autoras aporta una aproximación transcultural al envejecimiento positivo que ofrece un enfoque holístico de la persona, concibiendo la salud de la persona relacionada con el equilibrio entre el cuerpo y la mente y las relaciones satisfactorias con los demás. El modelo de envejecimiento armónico o armónico, es un modelo de envejecimiento basado en el reconocimiento de las diferencias en lugar de la uniformidad e insiste en la importancia de la diversidad de la experiencia de envejecimiento, en términos de etnia, género y la situación socioeconómica. Se enfatizan por lo tanto las fuerzas estructurales como la acción individual, y se comprende que cada persona interpreta de manera única el significado de la vejez, de acuerdo a su status social, contexto cultural, tiempo y espacio.

En cierto modo, Liang y Luo (2012), elaboran el modelo de envejecimiento armónico como un modelo alternativo al modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1997) para abordar el tema del buen envejecer. Para ello identifican una serie de problemas que, según su perspectiva, existen en el modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1997) para entender el envejecimiento:

a) En primer lugar, se afirma que el, el envejecimiento exitoso va en contra de la Naturaleza porque defiende un perfil de persona mayor difícil de alcanzar: tener buena salud cuando se es mayor y realizar actividades para mantenerse joven, lo que produce un desequilibrio entre el cuerpo y la mente.

b) En segundo lugar, el envejecimiento exitoso pasa por alto la calidad de la experiencia en las actividades que propone, basadas en la ética de estar ocupado (*busy ethic*). La investigación sobre este modelo se basa en la cuantificación de las actividades que realiza la persona y defiende que la persona tiene un mejor envejecer cuanto mayor es el número de actividades que realice.

c) En tercer lugar, se critican los componentes del envejecimiento exitoso que consideran que una persona tiene éxito en esta etapa de la vida si tiene un status económico

elevado y lleva a cabo determinadas conductas de consumo para mantenerse joven.

d) En cuarto y último lugar, se realiza una crítica a los valores promulgados por “occidente”, como son el individualismo y la productividad, que son la base el envejecimiento exitoso, pero que no son tan aplicables o fácilmente generalizables a otras culturas.

Liang y Luo (2012), exponen que la mayoría de estudios empíricos sobre el envejecimiento exitoso han sido realizados en un muestras de población muy concreta de los Estados Unidos: varones mayores de ascendencia europea o caucásica, con un status económico medio-alto, heterosexuales y de creencias religiosas cristianas. No se han tenido en cuenta en estos estudios los grupos poblacionales de otros niveles económicos o comunidades como los ciudadanos de ascendencia hispanoamericana. De esta forma, Waid y Leslie (2003) resaltan las grandes diferencias entre las personas mayores de ascendencia europea o caucásica y las personas mayores de ascendencia hispanoamericana en cuanto a la construcción de su “Yo posible” cuando estas personas llegan a alcanzar más edad. Las personas mayores de ascendencia europea o caucásica se centran más en la independencia y el miedo a la decadencia física, mientras que las personas mayores de ascendencia hispanoamericana se



centran más en las relaciones familiares y en el miedo a perder a los seres queridos.

En este sentido, el envejecimiento armónico aporta al estudio científico del envejecimiento positivo un discurso integrador y flexible, que puede ir más allá de cierta corriente actual de "etnocentrismo" en el estudio de la gerontología social. El envejecimiento armónico supone realizar un esfuerzo teórico para cambiar el *statu quo* de la gerontología como "rica en datos, pero pobre en teoría", y contribuir al desarrollo de una investigación en gerontología social más intercultural. Además, el discurso alrededor del envejecimiento armónico tienen como valor añadido que promueve la exploración intelectual de lo que constituye una buena vejez y tiene en cuenta la diversidad intercultural en el contexto del envejecimiento global (Moody, 2005, en Liang y Luo, 2012).

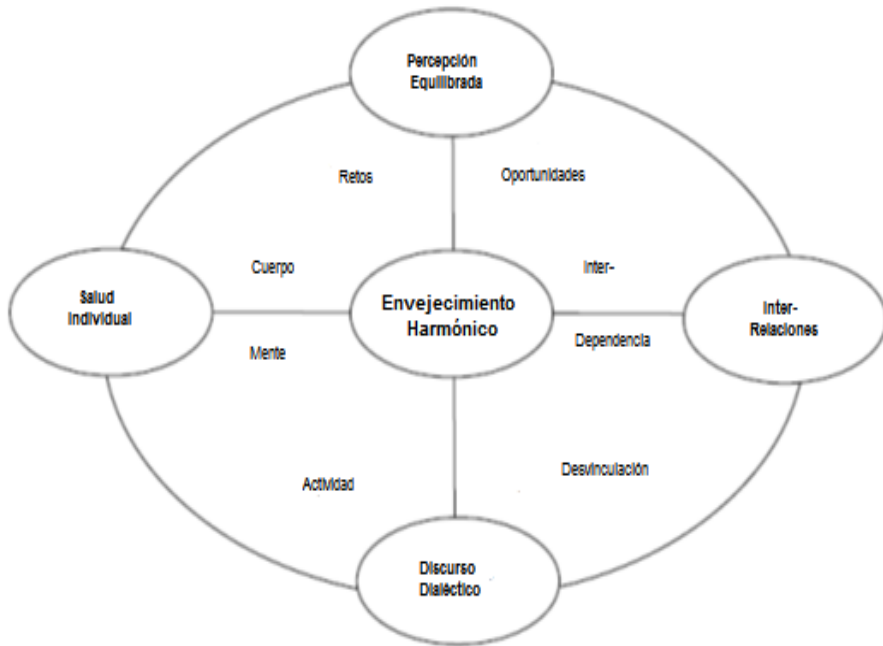
En referencia a las aportaciones del modelo de envejecimiento armónico en su comparación con el planteamiento del modelo de envejecimiento con éxito (Rowe y Kahn, 1987, 1997), el envejecimiento armónico, permite abarcar una amplia variedad de teorías y perspectivas de la gerontología social, incluso teorías que puedan ser contradictorias entre ellas. A diferencia del envejecimiento exitoso, que excluye los enfoques que no reflejan su valor de "éxito", el envejecimiento armónico da el mismo valor a cada teoría, tanto si se centra en lo positivo como en lo negativo, la

actividad o la inactividad, el cambio o la continuidad, la independencia o interdependencia, a niveles macro o micro. El envejecimiento armónico es una aproximación transcultural al envejecimiento positivo que coloca en un marco de igualdad a las diferentes teorías sobre el envejecimiento positivo. Utiliza la dialéctica para relacionar las teorías que puedan defender un enfoque en parte diferente o incluso opuesto, y de esta manera, se fomenta la libertad intelectual y la tolerancia. Y aún más, lo más importante, estimula el pensamiento crítico para que los profesionales lleven a cabo la investigación empírica sobre el envejecimiento.

### 2.3. 1.1. Modelo de envejecimiento armónico o armónico (Liang y Luo, 2012)

La mejor forma de describir este modelo es representarlo gráficamente conforme se aprecia a continuación en la figura 5., que representa de manera interrelacionada los diferentes factores que lo componen.

**Figura 5. Descripción del modelo de envejecimiento armónico**



### **Concepto de armonía o armonía**

Para Liang y Luo (2012), la armonía o armonía (ambas formas escritas aceptadas por la RAE, aunque escojamos la palabra armonía con “h” por ser más similar al inglés “harmonious” más presente en la literatura) es un concepto central para el envejecimiento que recoge influencias de todas las escuelas filosóficas en China. Para Höchsmann (2004, cit. en Liang y Luo, 2012) concepto de armonía se basa en los principios teóricos de la filosofía taoísta del Ying y el Yang, y se define el equilibrio dinámico basado en las diferencias en lugar de la homogeneidad. El concepto de armonía hace hincapié en la importancia de mantener un equilibrio en todas las esferas de la vida como la relación cuerpo-mente y las relaciones sociales, integrando ambas dimensiones en continuo cambio en el tiempo y en el espacio.

### **Salud individual**

Liang y Luo (2012) afirman que el envejecimiento armónico busca preservar la integridad de cuerpo y mente, que, estando en equilibrio, son indicadores de buena salud individual.

En las culturas occidentales el ejercicio físico y la salud mental se han venido abordando generalmente de forma separada, pero en las culturas orientales el cuerpo y la mente se tratan de forma integrada. Se entiende que la paz mental

puede ayudar a mantener el equilibrio en el sistema metabólico, lo que se refleja positivamente en la salud.

### ***Percepción equilibrada***

El envejecimiento armónico se define pues como el mantenimiento de una actitud equilibrada hacia la vejez, siguiendo las leyes naturales del propio cuerpo, manteniendo la paz mental, sintiéndose en armonía consigo mismo y con su alrededor, adquiriendo sabiduría para manejar los cambios y adaptándose a ellos.

### ***Discurso dialéctico***

Además, el modelo de envejecimiento armónico busca también lograr el equilibrio entre las teorías de la actividad y la desvinculación y consiste en mantener una actitud equilibrada hacia la vejez. Las personas mayores pueden tener el deseo de mantenerse activos y de relacionarse con los demás, para mantener su autoestima, pero de una manera más pausada y contemplativa de la vida. Para ello, el envejecimiento armónico propone el uso del discurso dialéctico (ver Fig. 2), que permite conocer los valores, las creencias, y las metas en la vida de la persona mayor, para tenerlos en cuenta antes de valorar su "éxito" y el significado que tienen para las personas las actividades que realizan o que se les proponen.

***Inter-relaciones***

Otro factor importante para la salud de la persona es el de mantener la armonía familiar y social, buscando relaciones de interdependencia intergeneracionales y entre personas de diferentes culturas. El envejecimiento armónico es pues un modelo sensible a la naturaleza interdependiente de los seres humanos.

### **2.3.1.2. Descripción del modelo de cuatro factores de envejecimiento satisfactorio de Lee, Lan y Yen (2011)**

El modelo de envejecimiento exitoso de Lee, Lan y Yen (2011), es una aproximación integral y parsimoniosa a través de factores psicológicos, físicos, de apoyo social y ocio activo como aspectos relevantes en la percepción de un envejecimiento activo, saludable o exitoso (Oliver et al., 2015). El modelo fue validado en un estudio con 312 participantes mayores de 65 años que completaron un estudio de cambios sociales en Taiwán. Los autores se basan en la literatura previa (Baltes y Baltes, 1990; Bowling, 2006; Bowling y Dieppe, 2005; Chaves, Camozzato, Eizirik y Kaye, 2009; Lupien y Wan, 2004; Rowe y Kahn, 1998), para explicar el concepto de envejecimiento con éxito y tienen como objetivo de investigación comprender los componentes del envejecimiento exitoso para el diseño de programas de promoción de la salud para las personas mayores. Las dos hipótesis principales de esta investigación fueron que los datos observados encajarían con una construcción del envejecimiento exitoso universal (basado en cuatro factores) y que el mismo modelo sería válido para las personas mayores de ambos sexos.

Se concluyó que el estudio proporcionaba un método científico para confirmar la idoneidad de incluir las actividades de ocio como un aspecto más que influye en el modelo de

envejecimiento exitoso existente. En cuanto al segundo objetivo trazado por Lee y sus colaboradores, el modelo también demostró ser válido para grupos masculinos y femeninos, y más aún, proporcionar información útil para el diseño de programas de aprendizaje. Dada la importancia de este modelo y su conexión con los objetivos de esta tesis, pasamos a describir cómo, a partir de la revisión de la literatura, los investigadores partieron de la selección de los indicadores del modelo:

### ***Indicadores del factor físico***

La definición operativa que hicieron del factor físico se acotó como la condición física general de los entrevistados durante el periodo temporal de las últimas dos semanas. El conjunto de datos incluye dos elementos físicos relacionados: “¿Cómo fue su condición general de salud en estas dos semanas?” y “¿Se sintió físicamente incómodo o tuvo alguna lesión que le afectara en sus actividades diarias en estas dos semanas?”. Para ambos elementos, las puntuaciones fueron codificadas en escala ordinal tipo Lickert de 4 puntos.

### ***Indicadores del factor psicológico***

La operacionalización del dominio psicológico se define como la expresión de los síntomas psicológicos de depresión y estrés emocional y físico. Hay cinco elementos que recaban información tanto sobre síntomas emocionales como físicos



con 20 ítems en total en este dominio. Los ítems de la muestra de síntomas emocionales son: “En las últimas dos semanas, me sentí nervioso o no pude relajarme” o “En las últimas dos semanas, he perdido la confianza en mí mismo”. De manera similar, la medida para los síntomas físicos era “Sentí dolor de cabeza” o “Sentí más rápido latido el corazón”. Las respuestas de las personas entrevistadas disponibles fueron “mucho más de lo habitual”, “más frecuente que de costumbre”, “igual que siempre” y “en absoluto”. Para todos los ítems las puntuaciones fueron codificadas con valores entre 4 y 1, respectivamente.

### ***Indicadores del factor de apoyo social***

El apoyo social, la religión, y la participación activa en la vida son importantes factores que ayudan a las personas a hacer frente a los acontecimientos vitales estresantes en la vejez (Schulz y Heckhausen, 1996; Windsor, Anstey, Butterworth, Luszcz, y Andrews, 2007; Aldwin y Gilmer, 2003 en Lee, Lan y Yen 2011). Un mayor apoyo social puede ser un factor protector contra el maltrato de personas mayores, por ejemplo, Dong y Simon (2008 en Lee, Lan y Yen 2011), encontraron que aquellas personas mayores que tienen personas que les escuchen y hablen con ellas o tienen más gente disponible para ayudarles con las tareas, tienen un menor riesgo de maltrato.

La definición operativa de factor de apoyo social es la interacción de la persona mayor con sus vecinos, parientes y

amigos. En consecuencia, las personas mayores que interactuaron más con vecinos, parientes y amigos se consideran más activas en este dominio. Los ítems que sondean estos contenidos son “¿Con qué frecuencia se reunió con sus familiares el año pasado?” o “¿Con qué frecuencia pasabas el rato con sus amigos el año pasado?”. Las respuestas disponibles eran “nunca”, “rara vez”, “una vez cada dos o tres meses”, “dos o tres veces al mes”, “una vez a la semana” y “más de dos veces por semana”. Fueron codificados con valores entre 1 y 6, respectivamente, para las dos preguntas. Las puntuaciones más altas en estos ítems indicaban que reciben mayor apoyo social y son más activos en su vida social.

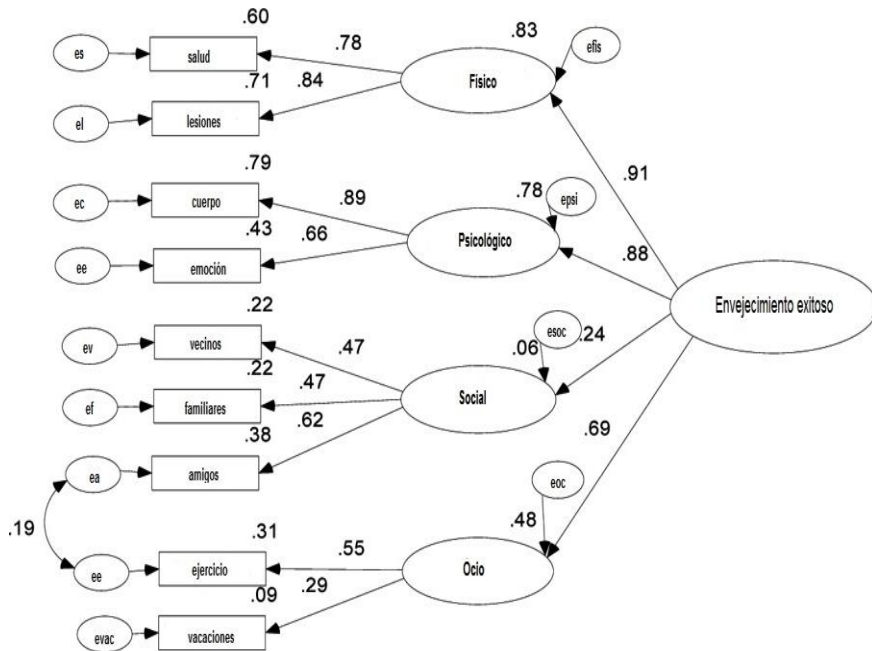
### ***Indicadores del factor ocio***

Se acota operativamente midiendo la frecuencia de la participación en ejercicios o actividades intensas, y la frecuencia de salida de la ciudad viajando durante los últimos 12 meses. Los elementos de la muestra son “¿Cuántas veces ha participado en ejercicios intensos o actividades (por ejemplo: jugar a la pelota, correr, natación, ciclismo, montañismo o bailar)?”. Para la frecuencia de salida de la ciudad el enunciado del ítem fue “¿Cuántas veces ha estado fuera de la ciudad de vacaciones en los últimos 12 meses?”. Las respuestas disponibles para ambos elementos fueron: “nunca”, “una vez”, “en dos ocasiones”, “tres veces”, “cuatro

veces” y “cinco veces o más”. Estas respuestas se codificaron con valores entre 1 y 6, respectivamente. Consecuentemente, las personas mayores más activas en actividades de ocio tendrían una puntuación más alta.

Se realizaron pruebas de normalidad multivariante y se estudiaron atípicos sin encontrar ningún problema en los datos, por tanto este tratamiento metodológico minucioso y el uso de técnicas de modelos de ecuaciones estructurales, nos dan confianza en resultados basados en datos de 312 personas mayores. Los estadísticos descriptivos incluyeron la información sociodemográfica de la edad, el género, la educación y los ingresos.

**Figura 6. Adaptación del modelo de envejecimiento exitoso de Lee, Lan y Yen (2011). Modelo factorial confirmatorio de segundo orden**



Nota: e= error. Pej., (ee) error en ejercicio, (epsi) error en el factor psicológico

El modelo de ecuaciones estructurales muestra, que además de las tres variables de apoyo, actividades de ocio es un factor significativo relacionado con el proceso de envejecimiento exitoso. De mayor a menor peso en la definición empírica del constructo envejecimiento con éxito, los factores serían: físico (.91), psicológico (.88), ocio (.69) y por último lo social (.24). Las conclusiones del estudio apoyaron como evidencia que el modelo propuesto está bien sustentado

por los datos y se adapta tanto a población femenina como a masculina. Los resultados del estudio también sugieren que, para los investigadores en Gerontología, las actividades de ocio de las personas mayores merecen atención, son una buena línea futura de investigación.

En nuestro contexto, Oliver et al. (2015) realizan la validación en muestra española de este modelo de Lee y colaboradores (2011). Sin embargo, se concluye que en el marco de otros factores que ya se asumían teóricamente influyentes como el estado de salud física y psíquica, el apoyo y la participación social, este novedoso aspecto sobre cómo las personas mayores gestionan su tiempo y actividades de ocio y de placer, aunque es explicativo, no es un factor tan determinante como en el estudio de Lee, Lan y Yen (2011), y por tanto, requiere de un mayor número de estudios en diferentes contextos que arrojen luz sobre su universalidad.

### **2.3. 1.3. Modelo multidimensional de envejecimiento con éxito de Iwamasa e Iwasaki (2011)**

Según los mismos Iwamasa e Iwasaki (2011), basándose en los datos estadísticos de la Agencia de Administración del Envejecimiento (*The Administration on Aging*, 2004) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el colectivo de personas mayores estadounidenses de ascendencia asiática está creciendo rápidamente y se prevé que crecerá un 302% entre 2000 y 2030 en comparación con 77% para los estadounidenses de ascendencia caucásica. Específicamente, los estadounidenses de ascendencia japonesa son conocidos por presentar una longevidad destacable en comparación con otros grupos étnicos en los Estados Unidos (Mc Cormick et al 2002; Curb et al., 1990 cit. en Iwamasa e Iwasaki, 2011). Que más personas de esta procedencia sociocultural lleguen a la vejez supone también según el *Keiro Health Care Center*, que la comunidad de personas estadounidenses de origen japonés está envejeciendo más rápido que cualquier otra comunidad. Uno de cada cinco estadounidenses de origen japonés es mayor de 65 años, aproximadamente el doble de la media nacional de los Estados Unidos, y este número sigue creciendo rápidamente.

Este fenómeno de llegar a tener más edad en los estadounidenses de ascendencia japonesa se da a pesar de que este colectivo ha experimentado muchas dificultades asociadas a la inmigración y la Segunda Guerra Mundial, relacionados con el racismo y el fenómeno del de internamiento (Fugita y Fernandez 2004; Nagata y Takeshita 2002 cit. en Iwamasa e Iwasaki, 2011). A diferencia de muchos países occidentales donde la concepción de las personas mayores tiene un cariz negativo (Butler 2009; Myers 2007; Nelson 2002 cit. en Iwamasa e Iwasaki, 2011), la cultura japonesa abraza y celebra la vejez.

Para dar respuesta a esa necesidad de un modelo más específico, Iwamasa e Iwasaki (2011) realizaron una investigación cualitativa para generar un modelo más sensible a los valores culturales de personas mayores estadounidenses de ascendencia japonesa, *Japanese American Older Adults* (JAOAs). Los autores contrastaron los esquemas conceptuales obtenidos para entender el proceso de envejecimiento con los modelos de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1997) y Phelan et al. (2004). Para realizar su investigación, Iwasama e Iwasaki (2011), tomaron una muestra de 77 mayores de la comunidad americana-japonesa residentes en dos centros para personas mayores de alto nivel de Los Angeles, California. Concretamente: en el ya citado anteriormente Keiro Health Care Center (45 participantes) y el Seinan Senior Center (32

participantes). Las personas mayores participaron en grupos de discusión sobre los enfoques del envejecimiento exitoso.

Con la finalidad de centrarnos más en el contexto de la investigación que proponen estos autores, se decidió consultar la página web del *Longevity Center* de la Universidad de California (UCLA) para buscar referencias sobre el Seinan Senior Center y la web del Departamento de Envejecimiento de la ciudad de Los Ángeles, en el apartado *Seniors and People with Disabilities*. Desafortunadamente, sólo ofrecen datos sobre localización y horarios, así como el teléfono de contacto. Sin embargo, el Keiro Health Care fundado en 1961, sí aporta información. Se define a sí mismo como: “un testimonio de la comunidad americana japonesa orgullosa de estar unida para satisfacer las necesidades de su pueblo...” Este centro forma parte de una organización para el cuidado de las persona mayores de ascendencia japonesa, y expone que ha creado un ambiente culturalmente sensible con un lenguaje familiar, teniendo en cuenta los valores de las personas mayores y otros aspectos específicos como el tipo de comida. La organización Keiro expone que proporciona una continuidad de cuidados que van desde atender a las personas mayores con funcionamiento independiente, hasta personas que necesitan algún tipo de asistencia. Ofrece servicios de enfermería especializada y de rehabilitación en sus cuatro centros de atención, así como la información y los recursos para los



cuidadores en la comunidad a través del Instituto para el Envejecimiento Saludable en Keiro. Los registros de Keiro son de acceso público desde su página web - [www.keiro.org](http://www.keiro.org) –

Identificado ya el contexto donde se centró su investigación, parece pertinente conocer qué instrumentos de medida usaron Iwamasa e Iwasaki (2011):

**Cuestionario demográfico.** Un breve cuestionario demográfico que fue desarrollado para este estudio. El cuestionario pregunta por la edad, el sexo, el estatus generacional, el estado civil, los ingresos familiares, la educación, y el periodo de internamiento en campos de concentración en los Estados Unidos durante II Guerra Mundial.

**Escala de aculturación:** Acculturation scale Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale-ITC version (SLASIA-ITC; Leong and Chou 1988) que se administró con el fin de obtener una breve medida de nivel de aculturación de las personas participantes. El SL-ASIA-ITC, una versión corta de la versión revisada del SL-ASIA (SL-ASIA-R; Suinn, 1998) consta de cinco preguntas de respuesta múltiple y que oscila entre 1= orientados asiáticamente y 5 = caucásicamente orientados. Los ítems se refieren al uso de idiomas, a la habilidad lectora, a la etnia de los amigos, y al nivel de aculturación que la persona manifiesta. Se obtiene una puntuación promedio sumando las

respuestas y dividiéndolas por cinco. Cuanto más se acerque la puntuación a 5, mayor es el nivel de aculturación.

***Escala de Depresión Geriátrica: The Geriatric Depression Scale-Short Form*** (GDS-S; Sheik y Yesavage, 1986), una versión abreviada de la escala GDS (Yesavage et al., 1983) que contiene 15 preguntas con respuestas de "sí o no" y que ha demostrado ser una medida de cribado eficaz con cinco o menos puntos de corte. La GDS-S es una herramienta de detección fiable y válida para la depresión mayor en adultos mayores de diferentes edades, etnias, género, comunidad, y estado de enfermedad crónica (Nyunt et al., 2009).

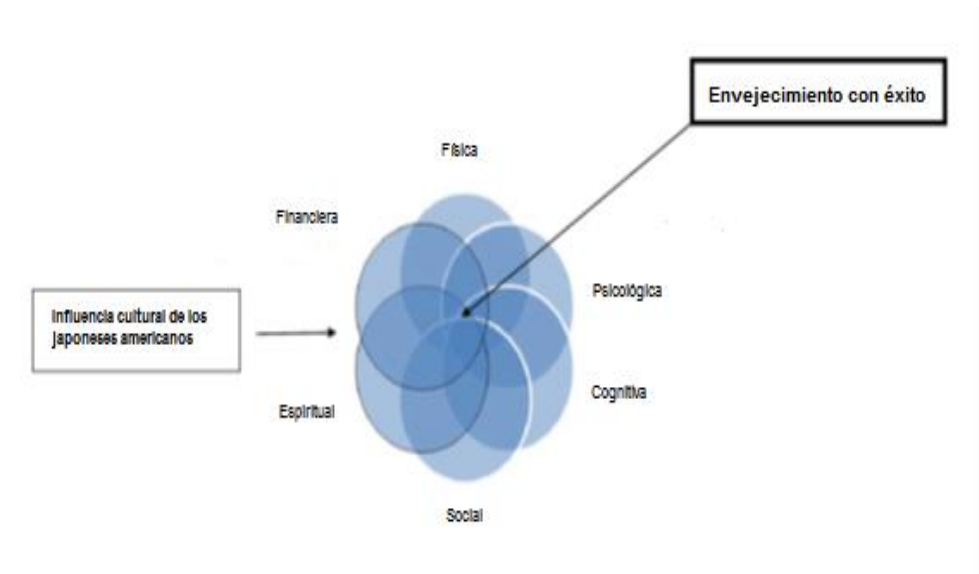
Además, cabe remarcar ciertos aspectos previos a la puesta en marcha de la recogida de datos de la muestra. Y.G. Iwamasa, la primera autora, perteneciente a la tercera generación de JAOAs, ha estado en contacto permanente con los miembros del personal de dichos centros, impartiendo clases sobre temas de interés como la enfermedad de Alzheimer o la depresión vacacional. Se realizaron además pruebas piloto adicionales de la metodología antes de la recogida de datos actual.

Al llegar a los sitios de estudio, los participantes recibieron paquetes que contenían los siguientes materiales: la información general sobre el estudio (es decir, el propósito, formato, extensión, consentimiento informado y honorarios); el

cuestionario demográfico; el SL-ASIA-ITC; y la GDS-S. La escala GDS-S fue usada como medida de cribado para la depresión y se identificaron 4 participantes que obtuvieron una puntuación de cinco o superior. Después de consultar a los miembros del personal del Keiro Health Care y del Seinan Senior Center sobre estas personas que participaron en el estudio obteniendo estas puntuaciones y hablar con los posibles participantes, Iwamasa determinó que no estaban deprimidos, y permitieron que ellos participasen. Se administraron el SL ASIA-ITC y el cuestionario demográfico con fines descriptivos. Un formulario de consentimiento fue firmado después de recibir la información adecuada para tomar una decisión sobre la participación de estudio. Se formaron un total de diez grupos; tres grupos de hombres y siete grupos para mujeres. Cada grupo estaba formado por entre 5 y 9 participantes. Las personas mayores podrían expresarse en la lengua que les resultase más cómoda ya fuera japonés o inglés.

### 2.3.1.3.1. Dimensiones del modelo multidimensional de envejecimiento exitoso de Iwamasa e Iwasaki (2011)

Figura 7. Adaptación del modelo multidimensional de envejecimiento exitoso de Iwamasa e Iwasaki (2011)



#### ***Funcionamiento físico***

Mediante metodología cualitativa, se pudo concluir que el funcionamiento físico fue la dimensión más predominante en el envejecimiento de éxito. La mayoría de las respuestas iniciales de la tarea de asociación de palabras para el éxito en el envejecimiento estaban relacionadas con el funcionamiento

físico que abarcó una serie de subcategorías como la salud, la dieta, el ejercicio, las actividades, y la apariencia física. Los ejemplos específicos de esta dimensión incluyen: mantener una buena salud, no tener dificultades como problemas médicos...etc., hacer ejercicio, vivir cada día con rutinas regulares y comer sano.

### ***Funcionamiento psicológico***

El funcionamiento psicológico era otra dimensión importante del envejecimiento exitoso como lo demuestra la frecuencia de los comentarios y discusión a lo largo de las diversas fases del estudio. Esta dimensión consiste en subcategorías que reflejan afectos positivos y actitudes, el mantenimiento de la independencia, la disposición al cambio, y la apertura a nuevas experiencias. Frases como “Ser feliz”, “Ser optimista”, “No se quejen todo el tiempo” y “Tienes que sonreír todo el tiempo y reír” son ejemplos específicos de los participantes afecto y actitudes positivas.

### ***Funcionamiento social***

El funcionamiento social también fue identificado como fundamental en el envejecimiento exitoso por los participantes de la comunidad americana japonesa. Los siguientes son ejemplos registrados durante la fase de su estudio de la asociación de palabras: “Tener amigos a tu alrededor”, “encontrar a la gente correcta”, “estar cerca de la gente”, y

“mezclarse con los grupos más jóvenes.” Las subcategorías de recreación y entretenimiento eran importantes métodos de optimización de funcionamiento social, ya que los participantes de la comunidad americana japonesa percibían a los compañeros que participan regularmente en actividades recreativas como envejecientes con éxito. Hablaron de las diferencias entre las actividades de entretenimiento en general de los estadounidenses así como actividades tradicionales japonesas. El tema de la búsqueda de una pareja durante la tercera edad también surgió periódicamente durante el debate.

### ***Funcionamiento cognitivo***

El funcionamiento cognitivo se discutió en casi todos los grupos de enfoque. Los participantes hablaron de utilizar la mente de uno (por ejemplo, “El cerebro es tan activo y trabajando todo el tiempo”, “Esté alerta”) o el funcionamiento intelectual (por ejemplo, “La buena educación”; “La persona quiere aprender más”) como factores significativos de envejecimiento exitoso. Los participantes de la comunidad americana japonesa valoran el esforzarse en mantener un alto funcionamiento cognitivo de una manera creativa, por ejemplo, realizando las tareas.

Muchos participantes también creían que obtener nuevos conocimientos era un componente importante de envejecimiento exitoso. Muchos participantes sugirieron

actividades mentales para obtener nuevos conocimientos, de manera individual (por ejemplo, “Tienes que leer mucho”) y el grupo (por ejemplo, “Asistir a un taller”).

### ***Espiritualidad***

Esta dimensión, y la dimensión financiera, fueron las dimensiones donde se hizo menos hincapié en los grupos, y aun así fueron consideradas importantes componentes de un envejecimiento exitoso por nuestros participantes. Se encontraron varias subcategorías a la espiritualidad: La religión, la paz interna, la fe, el aprecio y el comportamiento altruista. En términos de elementos en la religión específica, “Ir a la iglesia” o tanto como “Orar a Dios” fueron mencionados por los participantes.

### ***Seguridad financiera***

Al igual que con la espiritualidad, la seguridad financiera apareció como importante, aunque en menor medida que los factores físicos, psicológicos o cognitivos de envejecimiento exitoso. Los participantes presentaron una variedad de puntos de vista sobre la importancia de las finanzas en un envejecimiento exitoso. Un lado extremo se caracteriza por respuestas como “Tiene un montón de dinero” o “El dinero es importante”. La idea opuesta también se observó a través de comentarios como “El dinero no siempre te hace exitoso”, “Se puede no tener y sin embargo ser feliz” o “El dinero no lo es

todo". Los participantes parecían tener consenso acerca de la idea de la seguridad financiera (por ejemplo, "Alguien con un poco de dinero", "Financieramente estable", o "*Money...* presupuesto"). En una discusión de la Segunda Guerra Mundial y su internamiento, muchos participantes hablaron sobre la experiencia de perder todo y comenzar su vida de nuevo.

Un aspecto importante a tener en cuenta en la investigación de Iwamasa e Iwasaki (2011), es que los autores justifican el uso de la metodología cualitativa porque exponen que se usan categorías en la metodología cuantitativa de hace 20 años, según ellos no representan las definiciones que pueden tener las personas de otro contexto cultural y se ven cultural, incómodos al tener que elegir entre enunciados que no les representan. Estas críticas las entendemos parcialmente, en la parte de las adaptaciones o matices culturales, pero no podemos apoyar el argumento en su totalidad, pues nos constan medidas validadas internacionalmente de bienestar, satisfacción, espiritualidad y otras medidas en este tópico del envejecimiento con éxito.

En cuanto a los resultados obtenidos por los investigadores, en el modelo se recogen dimensiones que Rowe y Kahn (1997) y Phelan et al. (2004) no abordaban como la espiritualidad y la seguridad financiera. Esta dimensión económica tiene mucha importancia al tratarse de minorías étnicas, por el racismo y por temas de atención sanitaria.



Aunque por temas específicos, no lo valoran tanto, como por ejemplo los participantes que empezaron de cero en la II Guerra Mundial y sus descendientes vienen a exponer opiniones como que el dinero no da la felicidad, que hay otros aspectos importantes en la vida. Por lo tanto, aunque la espiritualidad y la seguridad financiera son las dimensiones que menos peso tienen en las opiniones de los participantes, siguen en relativo siendo importantes.

Sobre las limitaciones del modelo, por una parte, los autores exponen que se tomó una muestra de personas americanas de ascendencia japonesa relativamente sanas y que se valen por ellos mismas, y que residen en centros para personas mayores donde tienen una actividad conjunta diaria. Expone que el modelo no sería válido para las personas que están aisladas, retiradas o, simplemente, que no han querido participar en la investigación.

Por otra parte, aunque hay factores generalizables, los autores exponen que es un estudio bastante específico para las personas estadounidenses de ascendencia japonesa y que, en un futuro, habría que encontrar un modelo para las otras minorías étnicas como las personas estadounidenses de ascendencia latina o hispana, el colectivo de personas estadounidenses de ascendencia afroamericana y personas estadounidenses de ascendencia asiática en general. Esta conclusión es compartida por quien escribe, pues en la

sociedad americana es claramente patente el papel que está cobrando la población de ascendencia latina.

Iwamasa e Iwasaki (2011) encuentran que la dimensión física es la más importante en lo que respecta al bienestar de las personas mayores, y lo novedoso es que la dimensión psicológica es la segunda dimensión que más peso tiene. Este dato que contrasta con el modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1997). Después va la dimensión social (en sus subcategorías): apoyo social que no se limita solo a *Social Support/Social Network* (Phelan et al., 2004) o *Engagement with Life* de Rowe y Kahn (1997). Los participantes en esta interesante investigación, valoran como la cuarta dimensión más importante la cognitiva, y aparte de saber cosas sobre la salud y ejercicios mentales para estar activos y realizar tareas, es muy interesante llamar la atención sobre el hecho de que una de las cosas que destacan es el aprendizaje continuado, precisamente el contexto que identifica nuestro colectivo bajo estudio como población de envejecientes de éxito donde se sitúa esta investigación doctoral.

## 3. METODOLOGÍA



### 3.1. Proceso de búsqueda sistemática

Se utilizaron las bases de datos de la plataforma ProQuest Ciencias Sociales, concretamente: *Library and Information Science Abstracts (LISA)*, *National Criminal Justice Reference Service (NCJRS) Abstracts Database*, *PILOTS: Published International Literature On Traumatic Stress*, *ProQuest Criminal Justice*, *ProQuest Education Journals*, *ProQuest Psychology Journals*, *ProQuest Religion*, *ProQuest Social Science Journals*, *ProQuest Social Sciences Premium Collection*, *PsycARTICLES*, *PsycCRITIQUES* y *PsycINFO*. Estas bases de datos recogen artículos de áreas importantes para nuestra investigación sobre el buen envejecer como la sociología, las ciencias de la salud: la medicina, la enfermería y la psicología, además del derecho y la educación, entre otras. Se determinaron las palabras clave para realizar la búsqueda sistemática de bibliografía. En primer lugar, se escogieron los términos más utilizados tradicionalmente en la en la producción de literatura científica referente a los modelos sobre el buen envejecer: *successful aging*, *healthy aging*, *active aging*, *optimal aging*, *productive aging* y se ha incorporado el nuevo concepto: *harmonious aging*.

En segundo lugar, se escogieron por consenso de expertos en envejecimiento<sup>1</sup> las palabras más representativas para el estudio científico del buen envejecer que están orientadas a ofrecer una visión más integradora de la persona. Estas palabras clave son: *hope, spiritual, religion / religious / religiosity / religiousness, social support / social network, life satisfaction, retirement satisfaction, cognitive functioning, entrepreneurship, quality of life, generativity, perceived health y transcendence*. Finalmente, las palabras clave para las dimensiones consideradas relevantes se buscaron cruzadas con las palabras clave asociadas a los conceptos elegidos para abordar el envejecimiento. Este es un ejemplo de la fórmula aplicada para todas las búsquedas en Proquest Ciencias Sociales: *aging AND (successful OR healthy OR active OR optimal OR productive OR harmonious) AND spiritual*.

### **3.2. Descripción de la muestra y proceso de recogida de datos**

Para conocer las concepciones del buen envejecer en la población española. Se ha seleccionado una muestra de 593 personas iguales o mayores de 60 años de varios centros de la *Universitat dels Majors* (Universidad de los Mayores) *donde se imparte* formación universitaria continuada para mayores y que

---

<sup>1</sup> Se consideran expertos a un grupo de 5 académicos con proyectos subvencionados en convocatorias competitivas en esta materia

pertenecen a la *Universitat de València*. La tasa de respuesta fue del 77% respecto al total de matriculados en los centros donde se administraron los cuestionarios.

Los datos que se presentan son los relativos al primer tiempo de un estudio longitudinal en este momento aún en proceso, por ello se trata de un diseño de corte transversal. Se escoge para esta investigación doctoral esta primera base de datos (recoge más información en cuanto al número de variables contempladas y el número también mayor de casos), por la aportación que supone al diagnóstico del “buen envejecer” estudiar una muestra amplia y actual de quienes cursan estudios en centros adscritos al sistema de educación superior público valenciano. Por lo que respecta a esta investigación concreta, se recabaron datos de variables socio-demográficas y diversas escalas para evaluar variables de tipo sociológico y psicológico y elaborar así el "Cuestionario de bienestar en personas adultas" que se presentó a los alumnos en formato de cuadernillo de papel. En primer término, se les explicó el objeto de la investigación así como que el tratamiento de los datos sería confidencial y con fines exclusivamente relacionados con el objeto de estudio. El cuestionario es anónimo y la persona tiene aproximadamente una hora para cumplimentarlo, y se pasó en las aulas de UNIMAJORS de los diversos centros.

El cuestionario de bienestar en personas adultas se constituye en dos bloques diferenciados: las preguntas sociodemográficas y descriptivos personales y un segundo bloque compuesto de escalas de actitudes, personalidad, percepción y comportamientos relacionados con el envejecimiento, tal como se observa en el ANEXO.

- a) **Indicadores de contacto con la familia.** 3 ítems sobre la frecuencia de contacto con hijos/as, nietos/as y padres vivos. Valores en forma de escala tipo Likert que oscila entre 0 (nunca) y 4 (a diario).
  
- b) **Indicadores de uso de nuevas tecnologías de la información (TIC).** 5 ítems sobre la frecuencia en que la persona utiliza el ordenador, el teléfono móvil, la tablet, libros digitales u otros elementos tecnológicos (especificar cuál/es). Valores acotados entre 0 (nunca) y 4 (a diario).
  
- c) **Indicadores de participación social.** 6 ítems sobre la frecuencia con que la persona mayor participa en actividades organizadas por: asociaciones de vecinos, recreativas, culturales. Asociaciones religiosas. Asociaciones políticas, ciudadanas. Centros de la Tercera Edad, Organizaciones de voluntariado, ONG's, y Otras (especificar). Valores acotados entre 0 (nunca) y 4 (a diario).



- d) **Escala de apoyo social (Lubben y Gironda, 2004).** La Escala de Red Social de Lubben Revisada (LSNS-R) es un instrumento que mide el aislamiento social de los adultos mayores mediante la medida del apoyo social percibido tanto por los propios familiares como de los amigos (no diferenciando amigos y vecinos) (Cuart, 2014). Es una escala breve que se puede completar en 5 y o diez minutos y su administración es sencilla. El instrumento original se desarrolló en 1988 y se revisó en el año 2002. Todas las versiones de la LSNS (*Lubben Social Network Scale*) miden el nivel de apoyo percibido, recibido de familiares, amigos y vecinos (Alemán, 2013).

La LSNS-R es una escala muy utilizada en personas mayores en el ámbito sociosanitario, tanto en la práctica como en la investigación. La puntuación total de la escala es una suma ponderada por igual de sus 12 ítems. Las puntuaciones oscilan entre del 0 y 60, de tal modo que puntuar menos de 20 indica tener una red social muy limitada y riesgo de aislamiento. En estudios poblacionales, la fiabilidad de la escala en cuanto a su consistencia interna medida con Alfa de Cronbach es de 0.78 (Cuart, 2014). La prueba ha sido traducida a varios idiomas, incluido el español. Esta versión de la escala (Lubben y Gironda, 2004) se estructura en un cuestionario de autoinforme de 12 ítems con cinco

anclajes de respuesta para evaluar el tamaño, la cercanía y la frecuencia de contactos de la red social de las personas mayores. La mitad de los ítems preguntan sobre apoyo de los familiares, y se acotan de (0) Ninguno a (5) Nueve o más. Los 6 ítems restantes se refieren al apoyo de amigos y oscilan entre 0 (nunca) y 5 (siempre). Por su amplio uso para población de personas mayores en el ámbito socio-sanitario y la brevedad y sencillez con la que se completa la escala fue considerado un instrumento óptimo para incluirlo en la presente investigación.

- e) **Escala de auto-cuidado para profesionales. (Galiana, Oliver, Sansó y Benito, 2015).** La mayoría de los instrumentos de medición de autocuidado suelen presentar los siguientes problemas: (1) tener un diseño específico que va dirigido a una población concreta, (2) ser muy extensos, o (3) tener falta de validaciones apropiadas. Además, no constaba ninguno en la población española. La nueva escala se basa en la definición de salud de la OMS como el “estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948), y abarca dimensiones hasta ahora poco abordadas como el autocuidado físico, interior y social. La escala de auto-cuidado para profesionales es un nuevo instrumento que

inicialmente se desarrolló para medir el autocuidado de los profesionales en los cuidadores paliativos, que a menudo trabajan en condiciones exigentes emocionalmente y estresantes, que podrían afectar su calidad de vida. Posteriormente, se ha hallado evidencia de sus mismas adecuadas propiedades psicométricas en otros contextos como la atención a la dependencia, y en esta ocasión, como se verá, de su uso en población mayor.

El instrumento consta de 9 ítems en escala tipo Likert de 5 puntos que oscilan de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Evalúa el autocuidado de los profesionales en tres áreas: autocuidado físico, que se refiere a la implicación en actividades que ayudan a mantener un cuerpo sano; autocuidado interior, que está relacionado con las actividades que ayudan a mantener una mente sana; y la auto-atención social, con respecto a las actividades sociales que ayudan al individuo a mantener su salud social”, su correcto funcionamiento emitiendo y recibiendo apoyo social. En la línea de Čančer y Žižek (2015) se ha considerado que las condiciones que afectan a la calidad de vida en general de las personas han de ser abordadas desde una perspectiva holística e integradora contemplando dimensiones que hasta ahora han sido poco investigadas como el autocuidado físico,

interior y social, en este caso aplicado a las personas mayores. Por ello, se ha encontrado pertinente incluir esta escala de auto-cuidado (Galiana, Oliver, Sansó y Benito, 2015) en la presente investigación, con el objetivo de medir tales dimensiones y ver su relación con el bienestar y la satisfacción con la vida de las personas mayores españolas.

- g) Escala SF-8 de salud percibida (Ware, Kosinski, Dewey y Gandek, 2001).** La Escala SF-8 de la Salud percibida evalúa la salud relacionada con la calidad de vida mediante 8 ítems que puntúan en una escala tipo Likert con 5 anclajes de respuesta, generando un perfil de salud que consta de ocho dominios. La escala SF-8 es una forma alternativa a la escala SF-36 de salud percibida (Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993), que es la escala más utilizada para conocer el estado de salud basado en la percepción del paciente, se ha traducido a más de 40 idiomas y se ha administrado a millones de personas en todo el mundo. (Turner-Bowker, Bayliss, Ware, y Kosinski, 2003). El SF-8 utiliza una pregunta para medir cada uno de los ocho dominios de la SF-36, y aunque es una versión de uso menos extendido de la escala de 36 ítems desarrollada por el mismo equipo, posee características y comportamiento similares. Esta escala ha sido recomendada por los

autores del SF-36 como una medida adecuada en encuestas a poblaciones generales que quieran ser breves a la vez que comprensivas. En Tomás et al. (2015) el valor de alfa para la escala fue de .65. Por su extendido uso y por ser breve y sencilla en su cumplimentación, se ha considerado importante incluir esta prueba en el cuestionario de bienestar en personas adultas elaborado para la presente investigación, y obtener así un perfil de autopercepción de salud de la persona.

- h) Adaptación española del cuestionario Duke-UNC-11 Functional Social Support Questionnaire (Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli, 1996).** Para Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli (1996) el apoyo social “es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación” (Thoits, 1982). Siguiendo este criterio se conceptualiza apoyo social como un conjunto de aspectos cualitativos o funcionales del apoyo que realiza la red de apoyo o red social y que se refiere a los aspectos cuantitativos o estructurales: tamaño, densidad y dispersión (Jano, 1990 en Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli, 1996). La red de apoyo social y el apoyo social

son, por lo tanto, dos conceptos diferentes, y que exista una red de apoyo no garantiza el apoyo social.

El cuestionario Duke-UNC modificado y validado por Broadhead (1988) es uno de los instrumentos más utilizados para medir el apoyo social funcional ya que destaca por su sencillez y brevedad, y evalúa el apoyo percibido (no el real). Según Broadhead (1988), la calidad del apoyo social predice mejor la salud que el apoyo estructural. El instrumento original incluía ítems sobre la cantidad de apoyo, el apoyo íntimo o privado (*confidential* en su traducción inglesa), el apoyo afectivo y el apoyo instrumental, como las diferentes dimensiones que conforman el apoyo social funcional. Con la validación del instrumento, el cuestionario se redujo a dos dimensiones: apoyo íntimo y apoyo afectivo; no obstante, 3 de los 11 ítems no pudieron ser considerados dentro de estas dos dimensiones. El cuestionario Duke-UNC-11 validado por Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli (1996) mide apoyo social mediante 11 ítems tipo Likert desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), y el rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. El cuestionario evalúa el apoyo social íntimo (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el apoyo social afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía) y la puntuación obtenida es

un reflejo del apoyo percibido, no del real. Se trata de un cuestionario autoadministrado para población general, en el que a menor puntuación, menor apoyo percibe la persona. En esta validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo (Servicio Andaluz de Salud).

En Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli, (1996) el alfa de la escala .90, el de la subescala de apoyo íntimo de .88 y el del apoyo afectivo de .79. Las correlaciones ítem-escala fueron todas aceptables, lo que demuestra que todos los ítems evalúan aspectos relacionados. Por estos resultados y por tratarse de un cuestionario de los más utilizados internacionalmente para medir el apoyo social, que nos da un perfil de las necesidades sociales de la persona de manera breve y sencilla para el entrevistado, se ha valorado que esta adaptación de la escala Duke-UNC (Broadhead, 1988), la escala Duke-UNC-11 (Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli, 1996), es un instrumento óptimo para incluirlo en el cuestionario de la presente investigación.

- i) **Indicador general de satisfacción con la vida.** Ítem general sobre satisfacción con la vida en la medida del

bienestar personal (Campbell, Converse y Rodgers, 1976; Ye, 2007). “Actualmente, ¿cómo de satisfecho está con su vida, considerada globalmente?”. Las respuestas podían variar de 1 (nada) a 5 (mucho). Este indicador se ha utilizado en investigaciones previas con propósitos similares con resultados satisfactorios (Ye, 2007), por este hecho se ha determinado también como una herramienta interesante para incluirlo en la presente investigación.

- j) Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (TSLS; Pavot et al., 1998).** Es un instrumento formado por 15 ítems. Fue creada tomando como punto de partida los 5 ítems de la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985), que fueron reformulados para evaluar la satisfacción con la vida pasada, presente y futura. Las puntuaciones se recogen en una escala tipo Likert con 5 anclajes, desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

Tradicionalmente, la escala de satisfacción con la vida (SWLS; Diener et al, 1985) ha sido muy utilizada para medir satisfacción con la vida en general y ha mostrado propiedades psicométricas favorables en diversos contextos culturales, entre ellos el de Estados Unidos (Pavot et al, 1991), el contexto español (Atienza et al., 2003) y el chino (Sachs, 2004). Pero, a pesar de



que la SWLS fue diseñada para medir un constructo de una sola dimensión y que fue apoyada por muchos estudios empíricos (por ejemplo, Pavot et al., 1991; Arrindell et al, 1999), otra evidencia sugiere que tres elementos de los artículos SWLS tendían a definir un factor de referencia al "presente" para la satisfacción con la vida, mientras que los dos últimos ítems tendían a agruparse en otro factor se refiere al "pasado" en la satisfacción con la vida (Pavot y Diener, 1993; McDonald, 1999; Sachs, 2004). Pavot et al. (1998) hicieron una distinción entre el pasado, el presente y el futuro para la satisfacción con la vida y desarrollaron una versión actualizada del SWLS: la Escala temporal de Satisfacción con la Vida (TSWLS). Estos autores entienden que la inclusión de la especificidad temporal puede ayudar al entrevistado a centrar su atención en un marco de tiempo específico y por lo tanto reducir el potencial de error de medición (Yee, 2007).

En el estudio Pavot et al., la TSWLS mostró consistencia interna y temporal y buena validez convergente con otras medidas de bienestar. La escala fue validada también por McIntosh (2001) en una muestra de estudiantes universitarios canadienses. Este autor presenta un modelo factorial confirmatorio para la TSWLS, que sugiere que el pasado, el presente y el

futuro para la satisfacción con la vida son factores distintos, pero que están correlacionados (Yee, 2007). Por los resultados satisfactorios obtenidos en los diferentes estudios realizados con la Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (TSLS; Pavot et al., 1998), se ha considerado que es un instrumento relevante para la presente investigación en satisfacción con la vida y bienestar.

- k) Índice de Espiritualidad para personas mayores de Sánchez, González, Robles y Andrade (2012).** Actualmente existen diversos instrumentos de medida de la espiritualidad que contienen varios factores, pero, según Idler (2003), la multidimensionalidad no implica que se profundice de forma necesaria en el concepto de espiritualidad. Para conceptualizar la espiritualidad hay que considerar su separación de la religión; de modo que cualquier persona, con independencia de si pertenece alguna agrupación religiosa y si cumple con las actividades relacionadas con dicha religión, pueda describir la importancia que la espiritualidad tiene en su vida personal. En esta escala, la espiritualidad es entendida como un conjunto de cogniciones relacionadas con la trascendencia física de la vida y la importancia de éstas en su vida cotidiana (Sánchez, González, Robles y Andrade (2012).

El Índice de Espiritualidad para personas mayores de Sánchez, González, Robles y Andrade (2012) es la agregación de 6 ítems que miden la espiritualidad: (1) “Mi espiritualidad me ayuda a definir mis metas”. (2) “Mi espiritualidad es importante porque responde mis dudas con respecto al significado de la vida”. (3) “Mi espiritualidad me ayuda a entender el significado de las situaciones que vivo”. (4) “Me considero una persona espiritual”. (5) “Dejar huella en esta vida es una guía para mí”. (6) “Creo que hay un “ser superior” que guía mi vida”. Como sugirieron Bailly y Roussiau (2010) sustituyó el sustantivo “Dios” por “Ser superior”, para evitar confusiones entre quienes se consideran espirituales sin ser religiosos.

La consistencia interna (.94) y los análisis de validez del Índice de Espiritualidad demuestran que es un instrumento fiable y válido para evaluar la espiritualidad en relación con los aspectos cognitivos de la trascendencia de la vida física aplicada a la vida cotidiana en las personas mayores. En la presente investigación se ha determinado importante el factor espiritualidad para el envejecimiento exitoso de las personas mayores, y el Índice de Espiritualidad para personas mayores de Sánchez, González, Robles y Andrade (2012) resulta ser un instrumento útil por su fiabilidad y validez, su brevedad para cumplimentarlo y

por distinguirse de cualquier religión al no hacer referencia a ninguna doctrina religiosa.

- I) Hope Scale (HS; Snyder et al., 1991; Galiana et al, 2015 para la adaptación española).** El modelo más popular para medir la esperanza fue desarrollado por Charles R. Snyder quien concibe la esperanza como “un estado de motivación positiva que se basa en un sentido derivado interactivo de (a) administración de éxito (energía dirigido a un objetivo) y (b) vías (la planificación para alcanzar los objetivos)” (Snyder, 1991a en Galiana et al, 2015). Para Snyder et al. (1991b) la esperanza es un proceso cognitivo que consiste en la percepción de que se pueden cumplir los objetivos individuales aprovechando tres capacidades: (1) la conceptualización de las metas, (2) el desarrollo de estrategias para alcanzar estos objetivos (vías), y (3) la motivación para el uso de esas estrategias (profesional) (López et al 2000; Snyder 2000). Por lo tanto, las dos dimensiones conceptuales de esperanza serían las vías y la administración. Estas dos dimensiones no son sinónimos, pero ambas son necesarias para alcanzar los objetivos originales (Snyder, 2000).

La Escala de Esperanza (HS) es una escala de 8 ítems de esperanza que mide pensamiento esperanzador (por ejemplo, "Puedo pensar en muchas

maneras de conseguir salir de un atasco”) y hay además 4 ítems de relleno que no se utilizan en esta escala. A los encuestados se les pide que indiquen con qué exactitud les describe cada ítem y se usa una escala de 8 puntos, que van desde 1 (definitivamente falsa) a 8 (definitivamente cierto). Las puntuaciones más altas en los HS indican mayor disposición a la esperanza. La evidencia de la fiabilidad y validez de la HS en población española ha sido informada por Galiana et al. (2015); en el presente estudio, el índice de fiabilidad compuesta (CRI) para el HS fue de 0.85. Por estos resultados y por tratarse de uno de los instrumentos más populares para medir la esperanza internacionalmente, se ha considerado la versión de escala HOPE validada por Galiana et al. (2015) como una herramienta destacada para la presente investigación, donde se tiene en cuenta que la esperanza es una dimensión que ha tenido poca tradición en la investigación para el buen envejecer.

- m) **Factor Consciencia de la escala de personalidad *Big Five* (BFI) (John et al., 1991).** En John et al. (1991), debido a la necesidad de tener medidas en español de las dimensiones de los Cinco Grandes de personalidad para la investigación sobre las minorías hispanas de Estados Unidos, se realizaron tres estudios para evaluar una versión española del Inventario *Big Five* (BFI) (OP

John et al., 1991) y explorar la posibilidad de generalizar la estructura factorial del instrumento en grupos culturales latinos. Los resultados de los tres estudios coinciden en que el BFI español puede servir como una medida eficaz, fiable y factorialmente válida de los cinco grandes para la investigación en personas de habla hispana y en que hay poca evidencia de que las diferencias culturales sean importantes en la estructura de la personalidad en el amplio nivel de abstracción representada por las cinco grandes dimensiones.

Validado en muestra española, la escala utilizada en la presente investigación se compone de 9 de los 44 ítems que componen la versión española de la escala (Bennet-Martínez y John, 1998). Estos 9 ítems se corresponden al factor de Consciencia. La escala BFI mide a la persona en cinco grandes factores (dimensiones) de personalidad: Extraversión, Amabilidad, Consciencia, Neuroticismo y Apertura a la experiencia. En el caso del factor Consciencia, único que se midió en el presente estudio, describe el control de impulsos socialmente prescrito que facilita el comportamiento dirigido a una tarea y aun objetivo (John et al., 1991), y tenemos las siguientes facetas: Competencia, Orden Sentido del deber, Esfuerzo para el logro, Autodisciplina y Deliberación (John y Srivastava,

1999). Con estos 9 ítems se obtiene de forma sencilla y rápida una medida a grandes rasgos de la forma de comportarse y de interpreta la vida la persona mayor.

- n) **Versión reducida de las escalas de bienestar psicológico de Ryff (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995; Keyes, Shmotkin, y Ryff, 2002).** Ryff y Keyes (1995), conceptualizan el bienestar en dos bloques: bienestar subjetivo, que es la evaluación de la vida en términos de satisfacción y equilibrio entre el afecto positivo y negativo; y el bienestar psicológico que conlleva la percepción de compromiso con los desafíos existenciales de la vida. Evalúan el bienestar en seis dimensiones: bienestar subjetivo (autoaceptación, dominio del ambiente y uso efectivo de las oportunidades del contexto) y bienestar psicológico (autonomía, crecimiento personal, relaciones positivas con otros, y propósito en la vida). En este trabajo se ha utilizado la versión reducida de 18 ítems de Ryff y Keyes (1995) por tratarse de una versión más breve pero con propiedades psicométricas óptimas.
- ñ) **Versión reducida del cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE; Sandín y Chorot, 2003).** El concepto de «afrontamiento» del estrés se define como los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo la persona para hacer frente al estrés, abarcando tanto con

las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al estrés (Sandín, 1995). El presente cuestionario consta de 21 de los 42 ítems que conforman el “Cuestionario de afrontamiento del estrés” (CAE; Sandín y Chorot, 2003), que en estudios exploratorios (González y Landero, 2007; Sandín y Chorot, 2003) presentó una estructura factorial de siete componentes focalizados en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión. Aunque el cuestionario está diseñado para evaluar el afrontamiento como rasgo, modificando las instrucciones puede emplearse para evaluar el afrontamiento ante situaciones o momentos específicos de estrés. La reducción de la escala validada en muestra mexicana de estudiantes a 21 ítems mostró posteriormente mejor ajuste en el AFC (ajuste factorial confirmatorio) y adecuada consistencia interna (González y Landero, 2007).

Se ha elegido esta medida para la presente investigación porque recientemente en la validación española el cuestionario presentó buenas propiedades psicométricas para su uso en población mayor. La homogeneidad de los ítems y la fiabilidad de las



dimensiones resultó adecuada, el análisis factorial confirmatorio presentó un buen ajuste y la escala se relacionó de forma adecuada con los criterios considerados. Por tanto, puede concluirse que el CAE es un instrumento adecuado para medir las estrategias de afrontamiento en personas mayores. (Tomás, Sancho y Meléndez, 2013). Los valores se distribuyen en escala tipo Likert desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo).

- o) Indicadores de ocio (Lee et al., 2011).** Las actividades de ocio, como el ejercicio o ir de vacaciones, son importantes para las personas mayores y están recibiendo la atención de los investigadores. Varias investigaciones han demostrado una asociación positiva entre el ejercicio tanto en la función cognitiva (Colcombe y Kramer, 2003; Weuve et al, 2004) como en la función física de las personas mayores (Brach et al., 2004). Por otra parte, la práctica de ejercicio junto con amigos es un factor de protección para las personas mayores contra el deterioro físico y cognitivo (Seeman, 2000). En consecuencia, Lee (2009) afirmó que los ancianos con más actividades de ocio pueden tener una mayor satisfacción con la vida. Chaves et al., (2009) encontró que las personas mayores autodefinidas como que envejecen con éxito participaron 1,5 veces más en

actividades de ocio que el resto de personas mayores participantes. Del mismo modo, Bowling (2008) encontró que en una muestra de personas mayores de 65 que viven en casa, el 34% de los participantes refirieron asistir a las actividades de ocio como un signo de envejecimiento activo, siendo este el segundo indicador más común después de la percepción de la salud física.

La definición operacional de los indicadores de ocio en la presente investigación fue la frecuencia en que se implican en actividades o ejercicio intenso y la frecuencia con que en los últimos 12 meses han salido de viaje fuera de su ciudad. Las respuestas disponibles para ambos elementos variar de 1 (nunca) a hasta 6 (cinco veces o más).

En Lee, Lan y Yen (2011) se confirma empíricamente la idoneidad de incluir las actividades de ocio como un aspecto relevante para el envejecimiento exitoso. El factor de actividades de ocio que incluye ejercicio al aire libre, con un valor de regresión alto (0.55) y la frecuencia de salidas vacacionales, con un valor aceptable (0.29), indican que ambas variables son importantes para la actividad de las personas mayores. Estos resultados también implican que los administradores de centros de personas mayores pueden necesitar incluir programa similar de este tipo.

Los resultados de Lee, Lan y Yen (2011) en el área del ocio para el envejecimiento exitoso son consistentes con el hecho de que el condado de Johnson, Iowa (Estados Unidos) incluye actividades de ocio como uno de los factores clave para su programa de envejecimiento exitoso, lo que le lleva a ser uno de los lugares más destacados de los Estados Unidos para jubilarse y envejecer con éxito (*Johnson County Consortium*, 2006). Los resultados del factor ocio también están de acuerdo con otro estudio (Lee, 2009; Chaves et al, 2009). Por todos estos resultados, y al ser una dimensión poco estudiada en la literatura científica, se ha considerado que los Indicadores de ocio (Lee et al., 2011), además de por su rápida respuesta, son elementos relevantes para la presente investigación.

### **3.3. Análisis estadísticos**

#### **3.3.1. Descripción del perfil tipo de las personas mayores que envejecen con éxito.**

Para esta función se utilizan estadísticos descriptivos de tendencia central (media y mediana) y de variabilidad (desviación típica) Al no detectarse en la depuración de datos valores extremos, no se requirieron estadísticos robustos de análisis exploratorio de datos para esta descripción de la muestra. La prevalencia de las categorías fue descrita utilizando porcentajes y frecuencias relativas.

#### **3.3.2 Mapa de relaciones bivariadas**

Para conocer las asociaciones entre las variable implicadas en esta investigación se usaron correlaciones lineales de Pearson, que oscilan de -1 a 1 indicando mayor cuantía cuando el valor es mayor en valor absoluto. Se utiliza este coeficiente por tratarse bien de variables cuantitativas o semicuantitativas (promedios o variables finales obtenidas a partir de un número suficiente de ítems que aunque medidos en escala ordinal tipo Likert en conjunto ofrecen una medida con suficiente variabilidad u oscilación.

### **3.3.3. Contraste de hipótesis**

En este apartado entran dos bloques de análisis en cuanto a la filosofía que persiguen, y cada uno de ellos a su vez puede incorporar técnicas bivariadas o multivariadas que se ajusten a la problemática de la pregunta lanzada a los datos en cuanto a cómo es la categoría de medida de la variable, si se pretende establecer diferencias entre dos o más medias, si se incluye el estudio de interacciones, si las variables se consideran entre o intrasujetos e incluso si la variable final a estudiar es una (ANOVA), si hemos de estar alerta controlando posibles efectos de otras variables (ANCOVA) sobre una variable dependiente o final o incluso más de una y relacionadas entre sí (MANOVA).

Cuando señalábamos la diferenciación en función de la lógica del análisis, nos referíamos a que los contrastes de hipótesis pueden tener un carácter más exploratorio cuando se plantea estudiar si existen diferencias significativas en función por ejemplo del género, de situaciones de convivencia, de niveles educativo o un carácter más confirmatorio cuando esos mismos análisis inferenciales buscan evidencia que apoye o refute hipótesis que se han identificado en la literatura ya sea en modo totalmente teórico o empírico en otros contextos. Bajo estas dos perspectivas, cuando se desea comparar o analizar si existen diferencias entre dos medias, si se cumplen los

supuestos, la prueba elegida será la  $t$  de Student, con la correspondiente corrección por inflación del error (el alfa nominal de ajusta en función del número de comparaciones establecidas en simultáneo, dando lugar a un alfa o nivel de significación más exigente). En la presente investigación dados el elevado tamaño muestral, la cualidad de las variables y su comportamiento, no ha sido necesario utilizar pruebas no paramétricas. Cuando los grupos a comparar son más de dos a la vez recurrimos al análisis de varianza.

**3.3.4. Análisis sobre el funcionamiento social, la salud y el afrontamiento activo en la explicación de la satisfacción y el bienestar de las personas mayores que envejecen con éxito.**

Para ofrecer los resultados necesarios para este apartado se usarán técnicas de análisis propios de la estadística multivariada, como son los modelos de ecuaciones estructurales. De forma parsimoniosa, lo más integradora posible se plantean modelos basados en la evidencia recogida de la literatura científica y también en los resultados de los análisis preliminares en esta misma muestra. Por un lado contamos con la guía que supone conocer el comportamiento de las variables en términos de asociación bivariada (correlaciones). Por otro, al definir y operacionalizar las relaciones expresadas en los modelos, somos conocedores de varios aspectos del comportamiento de las variables clave. Tanto de los contrastes de hipótesis en función de variables sociodemográficas como los planteados a tenor de la literatura internacional, allá donde no se conocía evidencia empírica anterior en nuestro contexto, se puede extraer una guía o “pistas” útiles para una mejor configuración de los modelos a probar.

Teniendo simultáneamente en cuenta todos estos aspectos, la adecuación del modelo teórico desarrollado por

Iwamasa e Iwasaki (2011) originalmente en el contexto estadounidense en muestra de personas japonesas americanas, fue puesto a prueba en cuanto a su traslación al contexto español. Para ello se usó SPSS 21 y posteriormente el modelo de ecuaciones estructurales se puso a prueba con Mplus 6.11. Este modelo estructural era, en concreto, un modelo de estructuras de covarianza con variables observables e inobservables o factores. Las variables directamente observables fueron los ítems que se han descrito en la sección de instrumentos, y los factores los seis constructos postulados por Iwamasa e Iwasaki (2011) y que se intercorrelacionan entre sí, además de dos factores globales: satisfacción con la vida y bienestar, nuestras variables finales u *outcomes* que se pretenden explicar como acercamiento al envejecimiento con éxito.

El ajuste del modelo se evaluó mediante diversos criterios como recomienda la literatura: 1) Estadístico chi-cuadrado; 2) Comparative Fit Index (CFI; Bentler, 1990), con valores indicativos de .90 o incluso de .95 según Hu y Bentler (1999) indicativos de un buen ajuste; y 3) el Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA; Steiger y Lind, 1980), con valores de .08 o menores como indicativos de un ajuste adecuado. El método de estimación empleado fue máxima verosimilitud con correcciones robustas para los errores estándar dada la naturaleza ordinal y no normal de los datos.



## 4. RESULTADOS



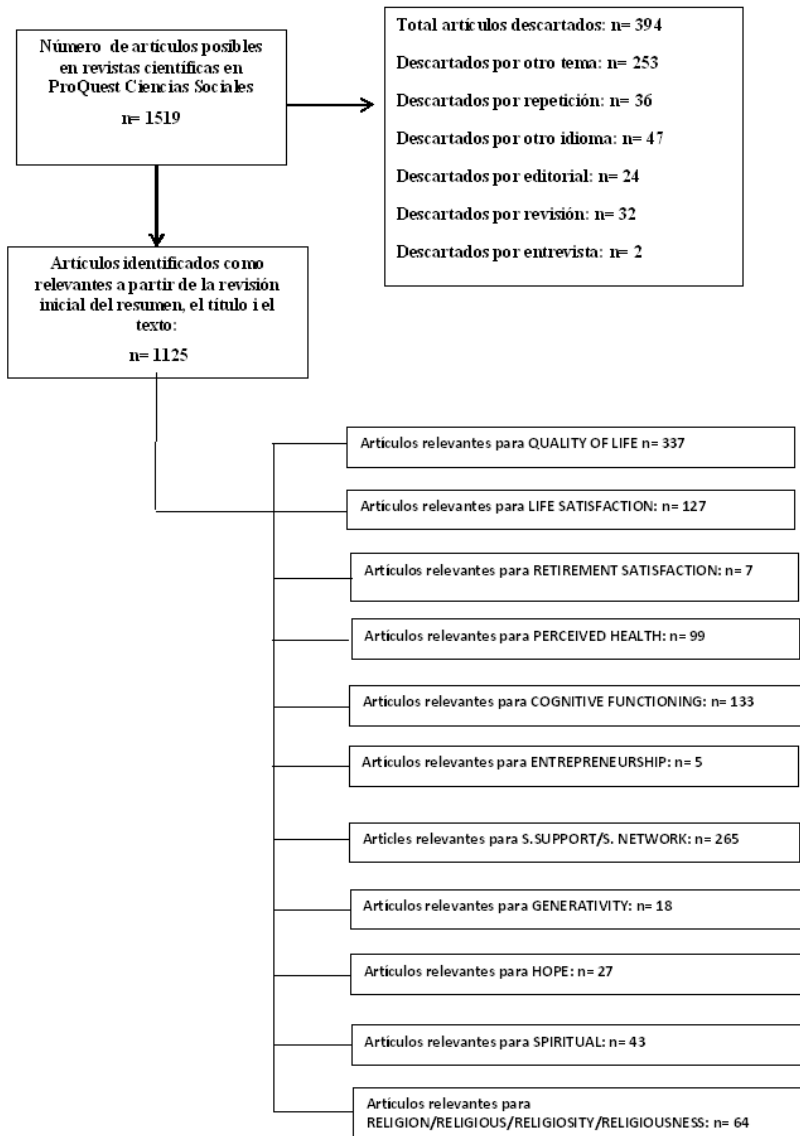
#### 4.1. Resultados de la búsqueda sistemática

El proceso de búsqueda se realizó durante el periodo de tiempo comprendido entre noviembre de 2014 hasta el 9 de enero de 2015. Se buscaron artículos desde abril de 2003 hasta el 9 de enero de 2015.

El número de artículos encontrados siguiendo estos criterios en ProQuest Ciencias Sociales fue de n=1519. Se descartaron n=394 artículos por los criterios ya mencionados: por estar centrados en otro tema (253), repetición (36), otro idioma (47), editorial (24), revisión (32), entrevista (2). (Tabla 4)

Se identificaron como artículos relevantes a partir de la revisión inicial del resumen, el título y el texto: n=1125. *Quality of life* (337), *life satisfaction* (127), *retirement satisfaction* (7), *perceived health* (99), *cognitive functioning* (133), *entrepreneurship* (5), *social support/social network* (265), *generativity* (18), *hope* (27), *spiritual* (43), *religion/religious/religiosity/religiousness* (64). (Tabla 4.)

Figura 8. Diagrama de la búsqueda sistemática



Los resultados obtenidos en las búsquedas sistemáticas se reflejan en esta tabla:

**Tabla 4. Resultados de la búsqueda de artículos**

	Selec.	Posibles	Descart.	d.tema	d.repetición	d.idioma	d.editorial	d.revisión	d.entrevista
quality of life	337	437	100	50	7	17	14	12	0
life satisfaction	127	143	16	3	3	10	0	0	0
retirement satisfaction	7	10	3	0	2	1	0	0	0
perceived health	99	123	24	19	2	3	0	0	0
cognitive functioning	133	241	108	89	6	5	5	3	0
entrepreneurship	5	6	1	0	1	0	0	0	0
s. support/.../	265	369	104	79	5	6	2	12	0
generativity	18	24	6	0	5	1	0	0	0
hope	27	42	15	11	1	1	1	0	1
spiritual	43	53	10	0	4	1	1	4	0
religion/.../	64	71	7	2	0	2	1	1	1
<b>TOTAL ARTÍCULOS</b>	<b>1125</b>	<b>1519</b>	<b>394</b>	<b>253</b>	<b>36</b>	<b>47</b>	<b>24</b>	<b>32</b>	<b>2</b>

Observando los datos de la tabla 4., vemos que la variable calidad de vida es el área que más artículos tiene publicados (437) y que han sido seleccionados (337) para el buen envejecer en relación al envejecimiento armónico. Se puede derivar de estos datos que la calidad de vida es una de las dimensiones principales para evaluar los programas derivados de los conceptos explicativo del envejecimiento.

El apoyo social, es la segunda área con más publicaciones (369) y más artículos seleccionados (265) como relevantes. Probablemente, este elevado número de artículos se deba a los estudios realizados, en primer término en el envejecimiento productivo, tomando el concepto de apoyo social como la participación en actividades no remuneradas como el cuidado de los nietos. En un segundo término, del envejecimiento activo, y en tercer lugar en el envejecimiento armónico, por ser un concepto novedoso. La satisfacción con la vida es el tercer término más seleccionado en esta criba (127) y es la cuarta variable con más artículos posibles (143). Este dato puede significar la importancia de esta variable para evaluar la eficacia de los diferentes modelos y programas derivadas de los conceptos utilizados para tratar el buen envejecer.

La función cognitiva es la quinta variable con más artículos seleccionados (133), y el tercer término que más aparece con más publicaciones posibles (241). Esto puede ser un reflejo de las derivaciones de la teoría de la actividad y se puede presuponer que los modelos como el envejecimiento con éxito, óptimo, el envejecimiento productivo y el envejecimiento activo tienen a mucho interés en evaluar qué efectos tienen los programas y actividades propuestas para las personas mayores, en relación al mantenimiento de las funciones cognitivas. El término función cognitiva refiere pues en este trabajo al efecto que tiene el mantenerse activo

intelectualmente y la formación continuada, en las diferentes capacidades cognitivas de las personas.

Por orden descendente en relación cantidad de artículos seleccionados, encontramos que para la variable religiosidad se ha se han seleccionado 64 de 71 artículos posibles, para espiritualidad (43 de 53), le siguen esperanza (27 de 42), generatividad (18 de 24) y satisfacción con la jubilación (7 de 10). El emprendimiento con 5 artículos de 6 posibles, es la variable con menos artículos publicados en relación al buen envejecer. En vista de los datos, se puede derivar que estas áreas son campos en los que se ha empezado hace poco a investigar en relación al envejecimiento. Esto probablemente se deba a que el envejecimiento exitoso es el concepto con más estudios empíricos realizados, y es un constructo que no se ocupa de estas áreas.

**Tabla 5. Modelos destacados de envejecimiento positivo desde abril de 2003**

<b>Modelo</b>	<b>Resumen</b>	<b>Variables relevantes</b>
<i>Model of Emerging Proactive Options for Successful Ageing</i> (Kahana, Kahana y Kercher, 2003).	Las consecuencias adversas de la exposición al estrés en los resultados de calidad de vida se reducen cuando las personas de edad avanzada tienen recursos externos y se involucran en adaptaciones proactivas. A excepción de las variables temporales y espaciales de contexto, la mayoría de los otros elementos del modelo tienen potenciales efectos recíprocos entre ellos. El modelo comprende la espiritualidad como la búsqueda de crecimiento personal mediante varias vías: la lectura de libros de autoayuda, la meditación, las relaciones con amigos y	Contexto temporal y espacial: historia, biografía, contexto y demografía de la comunidad. Los recursos internos / Disposiciones de envejecimiento exitoso: optimismo, altruismo, autoestima, disposiciones de afrontamiento, satisfacción con la vida. Adaptaciones proactivas: Adaptaciones preventivas tradicionales: promoción de la salud, planear con anticipación, ayudar a los demás. Adaptaciones correctivas tradicionales: apoyo de cálculo de referencias, sustitución del rol, modificaciones ambientales.



	<p>familiares, y la necesidad de dejar un legado para sus predecesores: gerotranscendencia.</p>	<p>Calidad de vida: los estados afectivos, el significado en la vida, mantenimiento de las actividades y las relaciones valoradas          Los recursos externos: recursos financieros, sociales. Recursos emergentes: acceso de la tecnología y acceso al cuidado de la salud.          La exposición al estrés acumulado.          Eventos a largo plazo. Acontecimientos recientes: enfermedad crónica, pérdidas sociales, desarrollo de la persona e incongruencia.</p>
<p><i>Floods theory of successful aging</i> (Flood, 2005).</p>	<p>Este modelo multidisciplinar está dentro de las teorías del cuidado a las personas mayores. El modelo entiende que el envejecimiento exitoso se alcanza mediante la potenciación de la gerotranscendencia, que</p>	<p>Gerotranscendencia: ansiedad ante la muerte, disminución de actividades significativas, las elaciones, la autoaceptación, soledad y la sabiduría.          Espiritualidad: perspectiva espiritual y religiosidad.</p>

	<p>se consigue con la relación adaptativa entre los mecanismos de rendimiento funcional, factores Intrapsíquicos y la espiritualidad.</p>	<p>Factores Intrapsíquicos: creatividad, afectividad negativa (bajo nivel) y control personal</p> <p>Mecanismos de rendimiento funcional: Actividades de promoción de la salud, Salud Física y Promoción de la Actividad Física.</p>
<p><i>Multidimensional Model of Successful Aging</i> (Iwamasa y Iwasaki, 2011).</p>	<p>Aproximación al estudio de envejecimiento exitoso entre los japoneses adultos mayores americanos (JAOAs)</p> <p>El envejecimiento exitoso se define como el funcionamiento óptimo en las siguientes áreas: El funcionamiento físico, habilidades de afrontamiento, funcionamiento social, funcionamiento cognitivo, espiritualidad y seguridad financiera</p> <p>Cada dimensión del modelo representa tanto</p>	<p>El funcionamiento físico: salud, la dieta, el ejercicio, las actividades, y la apariencia física.</p> <p>Habilidades de afrontamiento: valores tradicionales, mecanismos de adaptación.</p> <p>Funcionamiento social: aprendizaje social.</p> <p>Funcionamiento cognitivo: utilizar la mente, obtener nuevos conocimientos y el funcionamiento intelectual.</p> <p>Espiritualidad y la Seguridad financiera.</p>

<p><i>Spectrum Model of Aging</i> (Martin y Gillen, 2013).</p>	<p>específico de la cultura y los elementos culturalmente universales.</p> <p>Modelo de envejecimiento satisfactorio: Bio-psico-social-espiritual que se centra en uno o varios cuadrantes (lente (s) para interpretar el modelo).</p> <p>Un cambio en un cuadrante puede influir positiva o negativamente en la persona.</p> <p>Se trata de conseguir un plan individualizado de envejecimiento donde se tengan en cuenta variables internas y externas de la persona e incorporar estrategias para conseguir éxito personal y en la práctica gerontológica y ofrecer datos para aplicar a políticas sociales.</p>	<p>4 cuadrantes: Biológico, Psicológico, Social y Espiritual.</p> <p>Se evalúan mediante: componentes subjetivos y objetivos.</p>
--	---	---

**Tabla 6. Otros modelos y conceptos importantes para el envejecimiento positivo desde abril de 2003**

<b>Modelo</b>	<b>Resumen</b>	<b>Variables relevantes</b>
<i>Productive aging paradigm for geriatric practice.</i> (Kaye, Butler y Webster, 2003).	Paradigma práctico alternativo para abordar las necesidades personales y perspectivas desde una orientación de envejecimiento productiva y vital. Se basa en la perspectiva geriátrica basada en las fortalezas “Strenght-based practice” que abarca el	Estar esperanzado. Crecimiento y desarrollo. Salud y bienestar. La autonomía, la independencia, e interdependencia Ajuste para cambiar. Estimulación intelectual. Disfrutar de la vida diaria. Empoderamiento. Calidad de vida.

crecimiento y la capacidad, el potencial de la persona, y la aspiraciones y mejoras de la gente a través del tiempo, independientemente de su edad relativa y la salud.	(Multidimensional) Compromiso social. Integración comunitaria. Hacer frente a los desafíos. Fortalezas, habilidades, deseos, oportunidades. El futuro y lo que aún puede ser.
La manera en que activa compromiso se enmarca puede variar mucho de una persona a otra.	El macro-entorno. Conductas neutrales edad
La capacidad de permanecer productiva y vital será determinado por una serie de factores personales, incluyendo la actitud, bienestar físico y emocional, siendo, la motivación, la educación y la experiencia, así como por el cambio de tecnologías, actitudes y apoyos sociales.	Mejora terapéutica. Actividad y activismo. Dar, voluntariado y cambio.
Perspectiva envejecimiento universal.	
En todo ajuste, las personas mayores se benefician de una filosofía que promueve la elección, la oportunidad, la creatividad y el desarrollo personal, independientemente de	

---

	posición financiera o estado de salud. Se describen los roles que deben seguir los cuidadores.	
Efectos del programa “Vivir con vitalidad” (Fernandez-Ballesteors, Caprara, Iñiguez, y García, 2005).	El curso presencial “Vivir con vitalidad” y la versión multimedia” Vital ageing” se han desarrollado con el fin de promocionar el envejecimiento óptimo. Ambos programas se han valorado a través de un diseño experimental por el que se han comparado algunos de sus efectos. Se han observado cambios en el sentido esperado en los grupos experimentales (en comparación con el control) en la frecuencia de actividades, así como en las opiniones sobre el envejecimiento y la vejez. También se encontraron cambios significativos en la satisfacción con la vida, los hábitos nutricionales y de ejercicio físico regular en el grupo multimedia. No se encontraron cambios	Actividades, opiniones, ejercicio físico, alimentación, problemas de salud, relaciones sociales (frecuencia), relaciones sociales (satisfacción) y satisfacción con la vida.

## Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

significativos en relaciones sociales y salud en ninguno de los 2 grupos experimentales.

*Interactive Model of Longevity and Healthy Ageing.* (U. Lehr, 1982, cit. en Tavel, 2008).

Lehr (1982) establece los resultados de la investigación internacional que destacó relaciones interesantes para vejez satisfactoria y longevidad en torno a múltiples factores. Ninguno de estos factores es suficiente por sí mismo para longevidad y envejecimiento saludable.

Factores genéticos, fisiológicos y biológicos. Desarrollo de la personalidad. Proceso de socialización-educación, los padres, la escuela, de fondo-sociales. Factores ecológicos una indicación de la simulación del medio ambiente, condiciones climáticas. Estatus social. Hábitos alimenticios. Estilo de vida y las actividades de la vida física saludables, higiene, prevención.

*Predictors of the living-alone elderly's successful aging.* (Lee, 2009).

Se identifican predictores de la percepción subjetiva de envejecimiento con éxito en una muestra de personas mayores de Hong Kong que viven solas, con un relativamente bajo nivel socioeconómico. Se registran también las

Envejecimiento exitoso: Satisfacción Vida: La percepción subjetiva de salud, el autoconcepto, salud mental, sexo. Satisfacción con las condiciones de vida, y la ayuda no gubernamental.

interpretaciones típicas de estos encuestados sobre el concepto de envejecimiento exitoso con sus propias palabras.

*Alignment of theoretical and operationalized definitions of Flood's theory of successful ageing.* (McCarthy, 2011).

Evidencia preliminar de la importancia de la relación positiva entre la trascendencia y el envejecimiento con éxito adaptando el modelo de Flood (2005).

Envejecimiento con éxito:  
Habilidad para adaptarse y alcanzar las metas personalmente valiosas manteniendo un sentido conectividad y un significado o propósito en la vida.

Gerotrascendencia:  
conceptualmente definida como autotrascendencia y operacionalizada usando la Escala de autotrascendencia de Reed, 1989.

Afrontamiento funcional:  
reconocimiento de una meta cognitiva, acumulación de recursos y centrado comportamiento de búsqueda meta positiva.

Afrontamiento intrapsíquico: perspectiva positiva y una disposición para asimilar, afrontamiento asimilativo y



## Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

		acomodativo.
		Afrontamiento espiritual: crecimiento personal, estar bien y sentido de la vida
<i>The gerotranscendence model of healthy ageing</i> (Wang, 2011).	Se pretende determinar los factores la bio-psico-socio-espirituales que influyen en el desarrollo hacia la gerotranscendencia en personas mayores institucionalizadas. Capacidad física, síntomas depresivos, el apoyo de redes sociales, sentido de la vida y la satisfacción con la vida se examinan a través de una ecuación estructural. Se obtienen que un mayor grado de apoyo social, satisfacción con la vida y el significado de la vida relacionados con un mayor grado de gerotranscendencia entre personas mayores institucionalizadas. Los factores sociales y espirituales tienen una influencia en el desarrollo hacia la gerotranscendencia.	Gerotranscendencia: Habilidad física: (queda fuera en el modelo final). Depresión: (queda fuera en el modelo final) Problemas, vida y valores. Apoyo social: familia, amigos y satisfacción. Satisfacción con la vida: General y corriente. Sentido de la vida: Valores, esperanza y descendencia (queda fuera en el modelo final).

Estos factores deben tenerse en cuenta en la planificación de la asistencia sanitaria y social, los servicios de atención, sobre todo entre los residentes mayores que son más propensos a las enfermedades, deficiencias y pérdidas.

*Schematic summary of 'Active Ageing'* (Kwok y Tsang, 2011).

Clasificación y análisis de los patrones de la vida cotidiana en el envejecimiento de la sociedad en Hong Kong. Se pretende promulgar un "cambio de paradigma" que vaya más allá de la teoría de la desvinculación. Y lograr una planificación de los recursos en este contexto. Se establece por calidad de Vida modelo establecido por Gabriel y Bowling (2004) y Raphael (1997) Se construye un resumen esquemático de envejecimiento activo en el

Se pretende que la persona esté activa después de la jubilación, y hacer una ciudad amigable para la gente mayor. Trabajo: trabajo remunerado, trabajo voluntario, derecho a vivir el desarrollo con calidad. Todo esto conlleva al derecho a la participación social. Red social: centros comunitarios que organicen actividades para la gente mayor. Cuidado de la salud e información médica: información sobre el

## Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

contexto local. Las personas de más edad deben poder tener buena salud, poseer recursos suficientes y luchar por una vida de calidad llena de posibilidades.	cuidado de la salud, servicios médicos y facilidades, facilidades para la práctica deportiva y cursos. Oportunidades de estudio y subsidio: Cursos académicos, cursos culturales y cursos de inversiones. Ocio: actividades culturales, entretenimiento y viajes. Comprensión holística del curso de la vida: preparación para la jubilación, preparación para la etapa final de la vida, estudio religioso.
---	---

*Successful aging: Multidimensional model*  
(Parslow, Lewis y Nay 2011).

Modelo estadístico multidimensional para evaluar la contribución y las interrelaciones entre las medidas que puedan contribuir a un individuo de envejecimiento exitoso, definido como envejecer mejor en un número de dimensiones. Estudio transversal.	Satisfacción con la vida, Salud mental autopercebida, Salud física autopercebida, Cognición (MMSE). Nivel de educación y edad, Problemas de salud mental: Trastorno de Ansiedad sin síntomas de ansiedad, Trastorno Afectivo sin síntomas afectivos, Trastorno de Ansiedad
---	--

	<p>Los factores de medición salud mental y física y el apoyo social han contribuido de manera significativa e independiente para el éxito en el envejecimiento. Conductas de salud, que miden el alcance del ejercicio físico y no fumar, contribuyen a un envejecimiento exitoso y se asocian con la salud física. Las condiciones crónicas de salud no producen necesariamente altos niveles de bienestar en las personas mayores.</p>	<p>(temporalidad y severidad). Trastorno Afectivo (temporalidad y severidad), y Abuso de sustancias (temporalidad y severidad). Contacto y apoyo social: contacto familiar, apoyo familiar, contacto con los amigos, apoyo de los amigos. Salud física: No restricciones físicas. No restricciones sensoriales. Puntuación en discapacidad Conductas de salud: nivel de ejercicio, tiempo dedicado al ejercicio durante la semana, y lo que fumaba diariamente en el pasado y lo que fuma ahora.</p>
<p><i>The Six Dimensions of Wellness and Cognition in Aging Adults</i> (Strout y Howard, 2012).</p>	<p>Se examina el efecto el efecto de bienestar en cada uno de las seis dimensiones sobre la cognición en adultos mayores derivadas del modelo de bienestar de Hettler (1976). Uno o más de los siguientes pueden proteger cognición en el envejecimiento: la</p>	<p>Bienestar ocupacional: capacidad para contribuir en habilidades personalmente significativas y gratificantes, trabajo remunerado o no remunerado. Bienestar social: capacidad para formar y mantener</p>

## *Validación de un modelo de envejecimiento exitoso*

complejidad ocupación de la mediana edad, el matrimonio, las redes sociales, la educación formal, actividades intelectuales, actividad física, la nutrición saludable, la capacidad de motivación, propósito en la vida y la espiritualidad. Salud en una o más de las seis dimensiones pueden proteger la cognición en el envejecimiento. Los beneficios protectores cognitivos pueden aumentar cuando se demuestra el bienestar en más de una dimensión. Alta puntuación de bienestar en una dimensión puede proteger la cognición mediante la compensación de baja puntuación de bienestar en otra dimensión. La interconexión de cada una de las dimensiones significa la importancia de la evaluación adultos mayores de manera integral. Bienestar durante toda la relaciones personales y comunitarias positivos Bienestar Intelectual: compromiso con el aprendizaje permanente a través de la adquisición continua de las habilidades y conocimientos. Bienestar físico: compromiso con el cuidado personal a través de la participación regular de la actividad física, la alimentación saludable, y la utilización de servicios sanitarios adecuados. Bienestar emocional: capacidad para reconocer la responsabilidad personal por las decisiones de vida y sus resultados con la estabilidad emocional y la positividad. Bienestar Espiritual: la adquisición de propósito en la vida y un sistema de valores.

vida puede resultar en la mejora de la cognición en el envejecimiento.

*Environmental influences on healthy and active ageing* (Annear, Keeling, Wilkinson, Cushman, Gidlow, y Hopkins, 2012).

Revisión bibliográfica sobre posibles influencias ambientales y personales sobre la salud y la participación de la actividad. Las condiciones ambientales que muestran como factores potenciales que influyen en la salud y en la participación en la actividad de los adultos mayores incluyen: percepción de la seguridad local y la seguridad, las condiciones del tráfico, la contaminación y riesgos ambientales, los niveles de ruido y la iluminación, el acceso a áreas naturales y espacio verde público, la estabilidad del vecindario, el capital social o de vecindad, el clima local y otros.

Influencias ambientales: el uso del suelo, la accesibilidad de los servicios e instalaciones, la disponibilidad del espacio público y las características del diseño ambiental.

Influencias ambientales naturales: incluyen la topografía y el paisaje.

Influencias ambientales sociales: condiciones socioeconómicas de las zonas, la densidad de población, las características educativas de poblaciones en áreas particulares, la percepción de seguridad, la presencia de personas activas y las redes sociales.

Influencias personales sobre la salud y la actividad: salud, la edad, los atributos genéticos compartidos, el nivel educativo, la situación

## Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

		socio-económica personal, la etnia, la autoeficacia y el hábito de ejercicio.
<i>Model of Transcendence in Maturation and Aging</i> (Mc Carthy y Bockweg, 2012).	La trascendencia, es un proceso de desarrollo final de la vida que parece tener un profundo efecto en el dominio espiritual pero que es un concepto abstracto, complejo y poco familiar. Es necesario tener una comprensión clara del significado de trascendencia y de sus conceptos como base potencial para futuras intervenciones para aumentar envejecimiento exitoso. Trascendencia se define como un proceso de desarrollo que resulta en una perspectiva de cambio desde una visión materialista racional a un mundo interconectado caracterizado por límites personales ampliados en el plano interpersonal, transpersonal y las dimensiones temporales.	Los cinco dominios de Trascendencia: Relaciones, implica conexiones y afiliaciones con otros. Creatividad estética e intelectual Contemplación: pensamiento profundo, reflexivo acerca de cuestiones fundamentales para la experiencia humana, pero ajenas a las propias. Introspección: estrechamente relacionada a la contemplación, pero centrada en el ser y no en factores exteriores. Espiritualidad: incluye la creencia en Dios, la creencia en un poder superior, o la conciencia de una dimensión más allá del aquí y ahora.

Las categorías o dominios en los que factores se agruparon fueron derivados del enfoque de Reed (2009) para promover la auto-trascendencia y son: las relaciones, la creatividad, la introspección, contemplación y espiritualidad.

*Optimal aging and spirituality*  
(Matsubayashi y Okumiya, 2012).

Investigaciones de Matsubayashi y Okumiya (2012), sobre el envejecimiento desde el punto de vista del cuidado médico: para comprender verdaderamente el envejecimiento hay que concebir tanto el factor genético, como el aspecto de la diversidad de envejecimiento que aparece en los fenotipos de las personas mayores que varían dependiendo de la ecología y la cultura debido a los mecanismos epigenéticos.

Los factores que pueden definir el envejecimiento óptimo deben incluir: Tener una buena salud, la economía, la participación social, ser conscientes del significado de la vida, tener una meta o propósito durante la senectud, autoconocimiento, la vida espiritual.



## Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

<i>Self-Transcendence in Successful Aging</i> (McCarthy, Ling y Carini, 2013).	<p>El objetivo de esta investigación fue probar en una residencia de personas mayores una teoría del envejecimiento exitoso proponiendo que la trascendencia y la adaptación a predecir un envejecimiento exitoso. Estudio exploratorio transversal, una muestra de adultos mayores (N = 152). Este estudio no apoya la teoría de que tanto la auto-trascendencia y afrontamiento proactivo predicen un envejecimiento exitoso. Autotrascendencia era el único contribuyente importante a esta visión multidimensional de envejecimiento exitoso. Autotrascendencia es una importante variable en la búsqueda de un envejecimiento exitoso, que merece una mayor investigación.</p>	<p>Envejecimiento con éxito, Satisfacción con la vida, Autotrascendencia, Afrontamiento proactivo.</p>
--	---	--

## **4.2. Resultados del análisis cuantitativo**

### **4.2.1. Perfil tipo de la persona que envejece con éxito**

En el apartado de descripción de la muestra ya se hizo lo propio, pero para comprender mejor el alcance de los resultados posteriores creemos de interés aportar una síntesis a modo de perfil tipo. Si tuviéramos que personalizar o describir un prototipo de la persona que participa en este estudio, basándonos en un estudio descriptivo muy aproximativo, esta persona sería: una mujer casada, de unos 67 años (5 años arriba o abajo como máximo), con nivel de estudios hasta secundaria, jubilada, que vive en su propia casa. La familia de este retrato robot de participante en el estudio estaría formada por su pareja, dos hijos/as y otros tantos nietos/as. Sus padres ya habrían fallecido según este perfil mayoritario.

**Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las variables objeto de estudio**

<b>Instrumento</b>	<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>
<i>Ryff</i>	<i>Autonomía</i>	3.749	.559
	<i>Dominio del ambiente</i>	3.5200	.554
	<i>Crecimiento personal</i>	3.8054	.608
	<i>Relaciones positivas</i>	3.4434	.689
	<i>Propósito en la vida</i>	3.2547	.719
	<i>Autoaceptación</i>	3.5272	.649
<i>IG Salud per.</i>	<i>En general, ¿cómo evaluaría su salud durante el último mes?</i>	3.96	.708
	<i>Salud percibida</i>	3.9530	.713
<i>Autocuidado</i>	<i>A. Físico</i>	3.8678	.753
	<i>A. Social</i>	3.9132	.735
	<i>A. Interno</i>	3.1132	1.006
<i>CAE</i>	<i>Autofocalización negativa</i>	2.4242	.759
	<i>Reevaluación positiva</i>	3.5157	.671
	<i>Evitación</i>	2.8613	.861
	<i>Religión</i>	2.4084	1.213
	<i>Búsqueda solución problemas</i>	3.7017	.649
	<i>Expresión emocional abierta</i>	2.0426	.726
	<i>Búsqueda apoyo social</i>	3.2007	.852
<i>Lubben</i>	<i>Apoyo social percibido</i>	3.3092	.805
<i>Duke-UNC</i>	<i>Apoyo social íntimo</i>	3.6042	.860
	<i>Apoyo social afectivo</i>	1.4013	1.008

## **4.2.2. Características de los predictores considerados bajo el modelo en la explicación de la satisfacción y el bienestar de las personas que envejecen con éxito.**

### **4.2.2.1. Contrastes en función del género**

Al realizar los correspondientes contrastes de dos medias independientes mediante la  $t$  de Student con corrección por la inflación del error sobre todos los predictores contemplados en la formación de factores explicativos, se encontró que en algunos de ellos existían diferencias significativas en función del género. Esto es así a pesar de que la corrección por inflación del error nos situaba en un plano muy exigente de cara a la obtención de resultados significativos (.005/13 comparaciones simultáneas resulta en un valor de .0038). Así, se encontraron diferencias a favor de una media significativamente mayor en mujeres en la estrategia de afrontamiento activo búsqueda de apoyo social ( $t(556) = -2.969$ ;  $p = .003$ ; media 3.27 frente a 3.04), en apoyo social medido con Lubben (3.40 frente a 3.12) y medido con Duke-UNC (3.70 frente a 3.41) así como en espiritualidad (3.24 comparado con 2.90 en hombres). Y a favor de los hombres (4.11 frente a 3.87) en percepción de salud, y uso de ordenadores (3.25 frente a 2.25), mientras que en el resto de variables no se detectaron diferencias a favor de uno u

otro género. El mismo panorama de resultados obtenemos si analizamos de una forma más integrada mediante MANOVAs, ya que aunque la variable de efectos fijos tenga solo dos niveles (hombre o mujer) las variables dependientes son siempre más de dos y relacionadas entre sí. Se optó por verificar estos análisis centrados en el género con un segundo procedimiento, por evitar la rigidez que podía suponer aplicar una penalización tan fuerte como corresponde a la corrección pro inflación del error con tantas comparaciones simultáneas. Con este segundo procedimiento una ventaja adicional es que directamente se obtienen con más facilidad los valores de tamaño del efecto, mientras que con las  $t$  habría que calcularlo mediante rutinas o ayudas en Excel. Efectivamente, la traza de Pillai de .141 en el MANOVA sobre funcionamiento cognitivo en función de sexo, con su  $F(3, 368) = 20.112$ ,  $p < .001$  y tamaño el efecto de .141 nos ratifica el resultado anterior. Esta diferencia a tenor de los ANOVAS de continuación se circunscribe al uso de ordenadores, que es mayor en el caso de hombres (3.23 frente a 2.07). Recordemos que los anclajes de respuesta son bastante diferentes, pues estar en el 3 es usar el ordenador varias veces por semana y en el 2 es al mes.

En el factor de salud, la traza de Pillai de .026 ( $p = .002$ ) también indica diferencias, que después solo se sustentan a través de los ANOVAS de continuación de manera significativa

en el aspecto o indicador de autopercepción de salud, y son a favor de una media más alta en hombres que en mujeres aunque esta tenga tamaño del efecto bajo, de .024 (media de hombres es 4.11 y de mujeres 3.88).

Al estudiar las diferencias en el factor de afrontamiento activo en función del género, detectamos una Traza de Pillai, que con un valor de .040 asociado a una  $F(3, 548)=7.627$ ;  $p<.001$  con  $\eta^2_{\text{parcial}}=.040$  nos deriva a ANOVAs de continuación donde ver de manera más precisa que esas diferencias se concentran en dos sub aspectos contemplados: usar la búsqueda de solución de problemas como estrategia ( $F(1, 550)=5.76$ ;  $p=.017$  con  $\eta^2_{\text{parcial}}=.01$ ) y búsqueda de apoyo social ( $F(1, 550)=9.52$ ;  $p=.002$  con  $\eta^2_{\text{parcial}}=.017$ ). En los dos caso se trata de tamaños del efecto poco dignos de consideración, menos que bajos, aunque indicativos de tendencias en los datos. En el primer caso de solución de problemas a favor de una media superior en hombres (3.80 frente a 3.65) y en el del afrontamiento por búsqueda de apoyo social más alto en mujeres (3.28 frente a 3.04 en hombres).

También el género parece aportar diferencias al factor conjunto de funcionamiento social formado por estos tres indicadores: Puntuación en la escala de Lubben de Apoyo Social, puntuación en la de Duke-UNC y puntuación en la dimensión de autocuidado social. El resultado de la Traza de Pillai es de .037 asociado a una  $F(3, 572)=7.269$ ;  $p<.001$  con

$\eta^2_{\text{parcial}}=.037$  (tamaño del efecto casi medio) nos lleva a los ANOVAs de continuación donde investigar esas diferencias donde se concentran de los tres sub aspectos contemplados. Parece que en las escalas de apoyo social, dado que no es significativa la prueba estadística por género en el caso de autocuidado. Con la escala de medida de apoyo social de Lubben ( $F(1, 574)= 15.633$ ;  $p<.001$  con  $\eta^2_{\text{parcial}}=.027$ ), y con la de Duke-UNC ( $F(1, 574)= 15.410$ ;  $p<.001$  con  $\eta^2_{\text{parcial}}=.004$ ) apreciamos con tamaño del efecto respectivamente bajo y nulo, que en ambas aproximaciones, las mujeres arrojan valores de media mayores. Con Lubben 3.41 frente a 3.13 y con Duke-UNC 3.71 frente a 3.42. Recalcamos que el autocuidado social no es sensible al matiz de género.

#### 4.2.2.2 Contrastes en función del nivel de estudios

Para estudiar si a priori existen diferencias entre las variables que conforman los factores del modelo tomadas en su conjunto en función del nivel de estudios, se realizaron los correspondientes MANOVAs. En el único aspecto que se observaron diferencias asociadas al nivel de estudios fue en el factor de funcionamiento cognitivo, aproximado en nuestro modelo como uso de ordenadores, de *tablets* y de libros digitales. El criterio para alcanzar este resultado fue la Traza de Pillai, que con un valor de .082 asociado a una  $F(6, 708)=5.065$ ;  $p<.001$  con  $\eta^2_{\text{parcial}}=.041$  nos lleva a los ANOVAs de continuación donde investigar de manera más concreta que esas diferencias se concentran en los tres sub aspectos contemplados: uso de ordenadores ( $F(2, 355)=9.70$ ;  $p<.001$  con  $\eta^2_{\text{parcial}}=.052$ ), uso de *tablets* ( $F(2, 355)=4.78$ ;  $p=.009$  con  $\eta^2_{\text{parcial}}=.026$ ) y de libros digitales ( $F(2, 355)=7.82$ ;  $p<.001$  con  $\eta^2_{\text{parcial}}=.042$ ) y en los tres casos con medias más altas a medida que el nivel educativo es mayor. Ver tabla 8.



**Tabla 8. Descriptivos de componentes del factor de aproximación al funcionamiento cognitivo (uso de nuevas tecnologías) en función de nivel de estudios.**

	Nivel de estudios	Media	DT	N
<i>Ordenador</i>	<i>Obligatoria</i>	1.97	1.671	88
	<i>Secundaria</i>	2.48	1.481	143
	<i>Superior</i>	2.88	1.395	127
<i>Tablet</i>	<i>Obligatoria</i>	.75	1.432	88
	<i>Secundaria</i>	1.01	1.556	143
	<i>Superior</i>	1.41	1.706	127
<i>Libro digital</i>	<i>Obligatoria</i>	.72	1.381	88
	<i>Secundaria</i>	.82	1.457	143
	<i>Superior</i>	1.43	1.646	127

Teniendo en cuenta que el tamaño la muestra de sujetos para los tres niveles educativos puede no suponer una muestra representativa de la población general, observamos que las personas mayores que han cursado un nivel de estudios básico u obligatorio (N=88) utilizan menos las nuevas tecnologías de la información (TIC) que las personas mayores con estudios de secundaria (N=143) y las personas mayores con estudios superiores (N= 27), que son el colectivo que más usa las TIC. Las diferencias más grandes de puntuación media se encuentran entre las personas con enseñanza obligatoria y las

personas con estudios superiores. Por ejemplo, en el uso del ordenador, la diferencia entre nivel educativo obligatorio (1.97) y superior (2.88) es de .91, mientras que la diferencia entre nivel d estudios de secundaria (2.48) con estudios superiores es de .40. Aunque la desviación típica de las personas con enseñanza obligatoria (1.671), es mayor que para las personas mayores con estudios de secundaria y superiores, siendo superior a estas en .19 y .276, respectivamente. Lo que indica que entre las 88 personas que tienen estudios obligatorios, las puntuaciones son menos homogéneas que en los dos niveles educativos más elevados, y se pueden dar puntuaciones medias en personas con nivel educativo obligatorio mayores en el uso de ordenadores que personas con estudios de secundaria y superiores.

Lo que respecta a la *tablet* la diferencia de medias entre las personas mayores con niveles de estudio obligatorios frente a las personas con estudios superiores es de .66, mientras que la diferencia de medias entre personas mayores con estudios de secundaria y superiores es de .40, siendo mayor para estudios superiores (1.41). Sin embargo, este colectivo es el que mayor desviación típica tiene, lo que indica que es el grupo de personas donde se encuentra la mayor diferencia entre las puntuaciones.

La segunda diferencia de puntuaciones medias más elevada entre personas mayores con enseñanza obligatoria

(.72) y personas mayores con estudios superiores (.143) se encuentra en el uso del libro digital: .71. En este apartado se observa que la diferencia entre personas mayores con estudios obligatorios (.72) y personas mayores con estudios de secundaria (.82) es tan solo de .10. Se observa pues que en los sujetos de la muestra el uso del libro digital es significativamente mayor en personas con enseñanza superior.

#### **4.2.2.3. Contrastes en función del estado civil**

En cuanto a las diferencias en función del estado civil sobre los componentes del modelo, se obtuvieron diferencias significativas acorde a la significación de los resultados del MANOVA ( $\alpha=.05$ ) en dos aspectos: Bienestar y Funcionamiento Cognitivo. En el caso del Bienestar tomado en conjunto con sus seis dimensiones (Traza de Pillai de .063 y una  $F(18, 1614)=1.928$ ;  $p=.011$  con  $\eta^2_{\text{parcial}}=.021$ ), este resultado de diferencias en general nos llevó a ANOVAs de continuación que identificaron únicamente dos dimensiones con comportamiento diferente significativamente según el estado civil de los participantes. La autonomía con  $F(3, 541)=3.130$ ;  $p=.025$ ; y tamaño del efecto según eta cuadrado parcial de .017) en el sentido de que las medias significativamente diferentes según las pruebas post hoc pertinentes (Tukey) surgen al comparar divorciados/separados

frente a casados y viudos que tienen media muy similar. Los más autónomos son los mayores divorciados (3.71) frente a 3.45 de casados y 3.42 de viudos. Los solteros y solteras se encuentran a mitad de camino en su autonomía respecto a las demás situaciones de convivencia. La otra dimensión de bienestar con matices en función del estado civil es autoaceptación con una  $F(3, 541)=4.958$ ;  $p=.002$  con  $\eta^2_{\text{parcial}}=.027$ ). Las pruebas *post-hoc* indican solo que la diferencia estriba entre casados y viudos, ya que los primeros se autoaceptan mejor (3.60) que los segundos (3.34) permaneciendo los demás estados civiles en una zona intermedia.

Si estudiamos el funcionamiento cognitivo en su conjunto, vemos según la Traza de Pillai de .082 que con sus tres indicadores se revelan diferencias ( $F(9, 1083)=3.361$ ;  $p<.001$  con  $\eta^2_{\text{parcial}}=.027$ ). El ANOVA de continuación posterior nos señala que la única diferencia significativa radica en el uso de ordenadores ( $F(3, 361)=8.87$ ;  $p<.001$  con  $\eta^2_{\text{parcial}}=.069$ ). Según las pruebas *post-hoc* difieren en este uso de las nuevas tecnologías los casados y los viudos, pero obviamente en este resultado puede estar planeando el efecto enmascarado de la edad mayor asociada a los viudos.

Resaltemos que en función del estado civil no se encuentran diferencias en los demás componentes que

intervienen en el modelo, ni satisfacción, ni salud, ni espiritualidad, ni funcionamiento social, ni afrontamiento activo.

#### **4.2.3. Mapa bivariado de relaciones**

Somos conscientes de que un método bivariado solo nos muestra una imagen simplista o menos realista que la ofrecida por los modelos con análisis multivariados que estudian las variables interactuando simultáneamente, y que se ajustan más a la realidad. Aun así consideramos clarificador o al menos inspirador, tener esta visión simplificada del conjunto de todas las relaciones que tienen las variables del modelo entre sí (tabla 9.). La salud, tiene una alta y significativa relación con funcionamiento social (.444; \* $p=.055$ ). Seguidamente, la salud se relaciona con funcionamiento cognitivo y finalmente con espiritualidad (.151;  $p=.058$ ). El funcionamiento social, por su parte, también tiene una alta y significativa relación con afrontamiento activo (.591;  $p=.045$ , \* $p<.05$ ).

El funcionamiento cognitivo y la salud se relacionan en .076 (.068 no significativa) y covaría negativamente con espiritualidad (-.202, \* $p=.057$ ). Por el contrario, se observa que, la espiritualidad es una variable que alta y significativamente con el afrontamiento activo (.451;  $p=.038$ , \* $p<.05$ ) e influye en la salud en mayor medida de una manera indirecta por su

importante relación con el funcionamiento social (.396;  $p=.038$ ,  $p<.05$ ).

La siguiente tabla muestra las relaciones encontradas entre las diversas variables del estudio:

**Tabla 9. Correlaciones entre las variables exógenas o predictores**

	1	2	3	4	5
1. Salud	1.00				
2. Afrontamiento activo	.412 (.066n.s)	1.00			
3. Funcionamiento social	.444 (.055)	.591* (.045)	1.00		
4. Funcionamiento cognitivo	.306 (.072n.s)	.076 (.068n.s)	.055 (.057)	1.00	
5. Espiritualidad	.151 (.058)	.451* (.043)	.396* (.038)	-.202 (.057)	1.00

Notas: n.s. = estadísticamente no significativo. \* $p<.05$ ., \*\* $p<.01$

Se observa que la relación entre el funcionamiento social y el afrontamiento activo, es alta (.591) y estadísticamente significativa ( $p=.045$ , \* $p<.05$ ), por lo que afrontamiento activo puede tener una relación indirecta con la salud, como la espiritualidad.

#### **4.2.4. Modelo de ecuaciones estructurales**

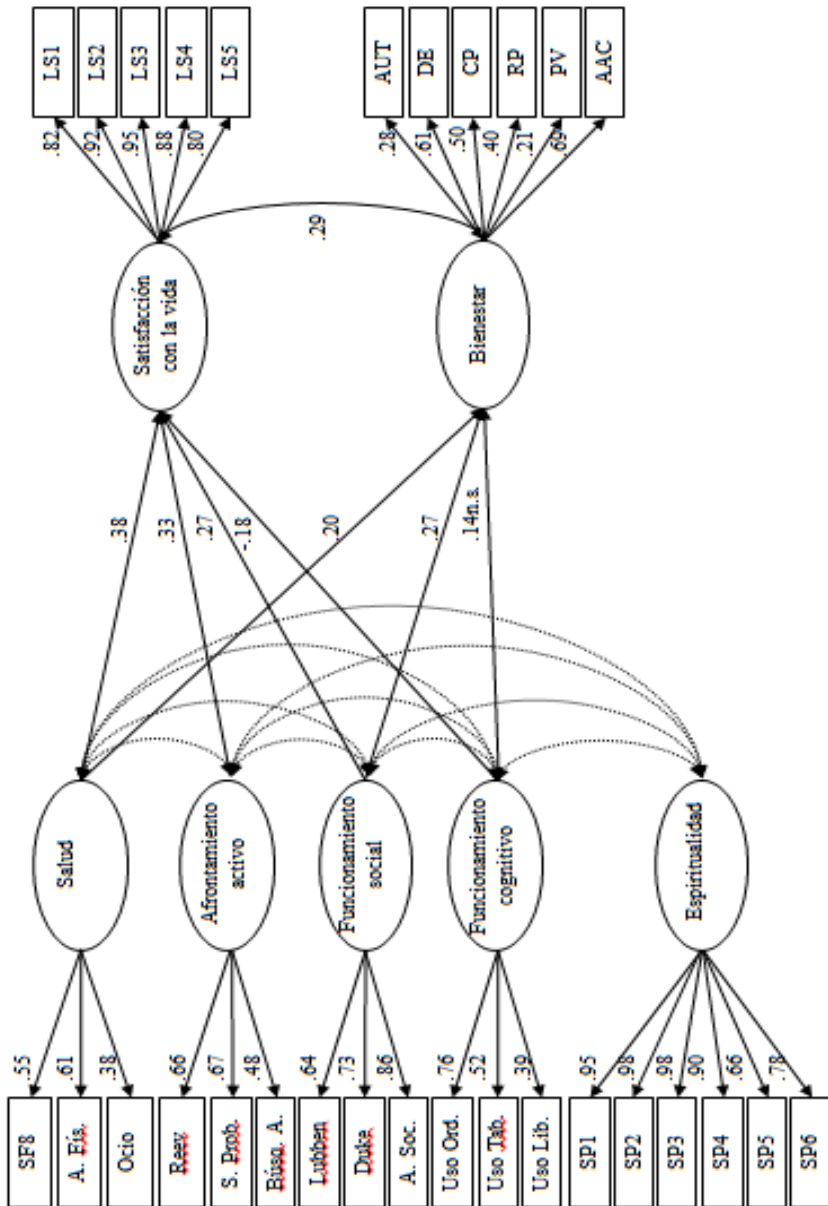
En cuanto al análisis cuantitativo, se ponen a prueba dos modelos de ecuaciones estructurales, aunque solamente el de Iwamasa y Iwasaki (2011) va a mostrar ajuste empírico satisfactorio: ( $\chi^2(356)=956.526$ ;  $p<.001$ ; CFI= .991; TLI=.990; RMSEA= .053 e IC 90% RMSEA= (.049-.057)). Si atendemos al ajuste analítico, en la figura 9., se ve la importancia directa de la salud, el afrontamiento y el apoyo social. La variable salud, al igual que en el modelo de Iwamasa e Iwasaki (2011) en los JAOA's, es la variable más importante para la satisfacción con la vida y tienen mucha importancia en el bienestar. Las variables que más correlacionan con la salud son el funcionamiento social y el afrontamiento activo.

En este el modelo se ha trabajado con factores latentes en lugar de variables observables para aproximarnos lo más posible a medidas sin error. Generalmente, la estimación de este tipo de modelos es más compleja y requiere un tamaño de muestra y un esfuerzo de cálculo mayor. Afortunadamente, el tamaño disponible lo permite y así se ha optado por esta aproximación más compleja. En la figura que sigue (fig. 9.) la variable salud y la satisfacción con la vida están fuertemente covariadas (.38), siendo esta variable el mejor predictor de satisfacción con la vida. Por otra parte, el funcionamiento social (.27) es el mejor predictor de bienestar. Para ambos factores,

satisfacción con la vida y bienestar, los efectos oscilan de .38 a -.18, siendo el predictor más fuerte del conjunto el funcionamiento social con .27 para ambos factores. La gran mayoría de relaciones planteadas se manifiestan con una intensidad superior a .20, excepto la relación entre funcionamiento cognitivo y bienestar (.14, no significativa) y funcionamiento cognitivo con satisfacción con la vida (-.18). Es decir, el funcionamiento cognitivo no resultó un predictor estadísticamente significativo de ninguna de las variables dependientes.



Figura 9. Modelo estructural con variables latentes prediciendo satisfacción con la vida y bienestar





## 5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN



## CONCLUSIONES

Este trabajo intenta aportar en dos ámbitos. Por un lado realiza una revisión sistemática y rigurosa de modelos explicativos en Successful Aging en un periodo que recopilaría prácticamente lo que llevamos de siglo. Esta revisión conduce a un trabajo teórico que cristaliza con tablas que presentan en síntesis los modelos y variables que los componen. El segundo ámbito que centra las aportaciones de esta tesis, es la investigación empírica, que se basa en una muestra representativa si atendemos a la elevada tasa de respuesta y de tamaño muestral de personas que se considera están envejeciendo con éxito, porque están inmersos en actividades regladas de *life long learning*. Se ha encontrado evidencia científica de la adecuación de un modelo explicativo desarrollado en otro contexto cultural, para explicar por primera vez este proceso del buen envejecer en nuestro contexto. Explicar el envejecimiento satisfactorio en nuestra comunidad es una pieza clave para identificar cuáles son los factores más importantes y la importancia relativa que tiene cada uno. Con el modelo puesto a prueba (figura .9) se aprecia que la parte más importante a trabajar y promover para el bienestar percibido es el funcionamiento social (.27), y además, que es muy importante para la satisfacción con la vida (.27). Por lo tanto fomentar el apoyo social, la red de relaciones, el contacto con

los demás ha de ser prioritario en futuras intervenciones. Estos resultados van en la línea de la promoción de la autonomía, y en cierta medida apoyan las iniciativas que en la actualidad abogan por mantener a las personas mayores en sus ámbitos familiares, en sus hogares pero interconectados y atendidos y sólo como institucionalizados en casos excepcionales.

Por lo que respecta al afrontamiento activo, los resultados muestran una importante relación con la satisfacción con la vida (.33), aunque resulta ser una dimensión que no se relaciona con bienestar. En las correlaciones entre las variables exógenas (tabla 9.), la dimensión de afrontamiento activo correlaciona alta y significativamente (.591;  $p=.045$ ,  $*p<.05$ ) con funcionamiento social, siendo la relación más importante del modelo para dos dimensiones. En contraposición, la relación significativa más pequeña es la de la variable salud con la variable espiritualidad (.151;  $p=.058$ ). El afrontamiento activo tiene también valores de correlación altos para la salud, pero no son estadísticamente significativos (.412,  $p=.066$ ). La variable afrontamiento activo se divide, según los resultados, en dos sub aspectos diferenciados como estrategias de afrontamiento: la solución de problemas y la búsqueda de apoyo social. A la vista de tablas y figura, los resultados obtenidos reafirman la importancia del funcionamiento social.

Por otra parte, los resultados apoyan que la espiritualidad es un concepto que tiene especial relevancia en la vida de las

personas, estando a la base de cómo se interpreta la vida y de las consecuentes conductas que la persona realiza. La búsqueda del sentido es una dimensión que cobra importancia durante el envejecimiento. En el modelo (figura 9.) se observa que la espiritualidad no tiene una relación directa ni para el factor bienestar ni para la satisfacción con la vida, pero se relaciona positivamente (tabla 9.), con la dimensión de salud (.151;  $p=.058$ ), y significativamente con afrontamiento activo en .451;  $p=.043$  (siendo la segunda relación más importante entre dos dimensiones exógenas del modelo, por detrás de funcionamiento social y afrontamiento activo .591;  $p=.045$ ,  $*p<.05$ ) y con funcionamiento social en .396;  $p=.038$ . Funcionamiento social, tiene a su vez una alta relación con la dimensión de salud, al borde de la significación estadística (.444,  $p=.055$ ). Por todos estos resultados, se concluye el interés de potenciar el estudio empírico de la espiritualidad, incorporarla en el trato hacia las personas mayores, por tratarse de un colectivo relativamente vulnerable por lo que respecta a criterios estadísticos de diversidad funcional y al riesgo de exclusión social, tanto en la práctica clínica, como en el trato personal y en la planificación de intervenciones sociales y en la elaboración de programas.

Frente a los tradicionales programas de envejecimiento activo, basados en el fomento de la actividad, encontramos (figura 9.) que en nuestra muestra de UNIMAJORS el

funcionamiento cognitivo correlaciona negativamente con satisfacción con la vida (-.18) y siendo positiva, su relación con bienestar subjetivo no es significativa (.14ns). En vista de los datos, se considera que hay que fomentar otros aspectos como el de la espiritualidad que refuerzan los otros factores del modelo de Iwamasa e Iwasaki (2011), que repercuten finalmente en satisfacción con la vida y en definitiva en el bienestar de la persona mayor. Tanto en la presente validación del modelo multidimensional de envejecimiento exitoso de Iwamasa e Iwasaki (2011) en muestra de UNIMAJORS, como en el trabajo de Cowlshaw, Niele, Teshuva, Browning, y Kendig (2012) se observa que la espiritualidad aparece como un factor que da consistencia a los otros factores que se relacionan con la satisfacción con la vida y el bienestar, aunque los resultados no conlleven envergadura para afirmar que la espiritualidad tiene un efecto directo sobre la satisfacción con la vida y el bienestar.



## **DISCUSIÓN**

Tradicionalmente, en la literatura científica para el estudio del buen envejecer, la mayoría de trabajos se han venido realizando bajo el modelo de envejecimiento con éxito de Rowe y Kahn (1987, 1997,1998). Actualmente, se están investigando modelos alternativos a este enfoque de envejecimiento exitoso basado en las teorías de la actividad, donde se tengan en cuenta aspectos como la esperanza, la espiritualidad y la satisfacción con la jubilación entre otros factores que tradicionalmente no se ha profundizado en su estudio. En el presente trabajo, tras la revisión de la literatura para los principales conceptos del buen envejecer y el envejecimiento armónico, se han tomado como referencias el modelo de envejecimiento armónico de Liang y Luo (2012), el modelo de cuatro factores de envejecimiento satisfactorio de Lee, Lan y Yen (2011) y el modelo multidimensional de envejecimiento exitoso de Iwamasa e Iwasaki (2011), poniéndose a prueba empírica este último por su mayor completud y validándose por vez primera en muestra española.

Iwamasa e Iwasaki (2011) encuentran que para las personas mayores americanas japonesas la dimensión del funcionamiento físico es la más importante en lo que respecta al bienestar de las personas mayores, y el funcionamiento psicológico es la segunda dimensión seguida del

funcionamiento social. La cuarta dimensión más importante es la función la cognitiva. El factor de seguridad financiera, aunque es de los menos importantes en los resultados, se muestra como un elemento relevante por razones históricas derivadas de la II Guerra Mundial y por cuestiones derivadas del racismo que este colectivo ha vivido en los Estados Unidos, con todas las consecuencias negativas sociales y económicas que puede conllevar pertenecer a una de las múltiples minorías étnicas del país.

En la presente investigación con 593 alumnos mayores de los diversos centros de UNIMAJORS se ha encontrado como el factor principal para bienestar percibido y satisfacción con la vida conjuntamente, el funcionamiento social, y, por lo tanto consideramos importante fomentar el apoyo social y las redes sociales. Para la satisfacción con la vida, la variable predictora más importante resulta ser la salud. En línea con la presente investigación, la mayoría de los investigadores del envejecimiento coinciden en que estar socialmente conectado/a, es un marcador importante del desarrollo óptimo, así como también tener buena salud y tener una evaluación subjetiva positiva de la vida. Recientemente, Castellano (2014), encuentra una relación positiva entre el apoyo social, el estado emocional y las actitudes hacia la vejez, que se refleja en la salud física y psicológica. Efectivamente, la investigación en Gerontología ha identificado las características de las redes

sociales como elementos clave de un buen envejecimiento (Rowe y Kahn, 1998). Por ejemplo, se ha demostrado que las diferencias interindividuales en los diversos aspectos de las redes sociales se asocian positivamente con la salud física y mental como en Litwin y Shiovitz-Esdras (2006). Por otra parte, diversas investigaciones como Fiori y Jager (2012) han sugerido que según qué aspectos de las redes sociales podrían tener efectos diferentes entre dimensiones independientes de envejecimiento exitoso. En estas líneas, se observa en el presente trabajo, el funcionamiento social correlaciona alta y significativamente con salud, con afrontamiento activo y espiritualidad, mientras que su relación con funcionamiento cognitivo es menor.

Dupertuis, Aldwin, y Bosse (2001) expusieron que mientras que el apoyo social es un indicador clave para la salud mental, la participación en actividades sociales parece tener una asociación más fuerte con la salud funcional (Everard, Lach, Fisher, y Baum, 2000). Cohen (1988), por su parte, propuso que el apoyo social puede tener a veces un “efecto principal” en el bienestar, pero que también puede en algunos casos estar relacionado con el bienestar sólo para las personas con un bajo nivel de estrés. Estos resultados van en línea con los nuestros, puesto que asimilamos el escenario de ese bajo nivel de estrés con el propio de envejecientes de éxito.

Las investigaciones sobre las redes sociales muestran que los factores estructurales como el tamaño de la red, la frecuencia de contacto, la participación de actividades y los factores funcionales como la disponibilidad de apoyo emocional, son componentes que pueden ser asociados diferencialmente con diversos marcadores de bienestar. Lang y Carstensen (1994) demostraron que las características de la red funcional son predictores más potentes de arraigo social que las características estructurales entre los adultos mayores.

Huxhold, Fiori y Windsor (2013), por su parte, realizaron un estudio para investigar la interacción de los diversos aspectos de la red social, la estructura específica de la red (tamaño y frecuencia de contacto), el compromiso actividad social, el apoyo emocional y los diferentes aspectos de la salud y el bienestar subjetivo para envejecimiento exitoso en una muestra representativa de 2034 adultos mayores a durante 6 años. Para las medidas de resultado del bienestar y la salud, los autores optaron por variables que englobaron los aspectos más importantes de estos factores diferenciados en líneas generales. Se incluyeron medidas que se distinguían entre cognitivas (satisfacción con la vida) y emocionales (afecto positivo y negativo) como aspectos del bienestar subjetivo (Lucas, Diener, y Suh, 1996). Las medidas de salud representaban tres aspectos relacionados pero distintos ya identificados por Liang (1986): el aspecto físico (ausencia de

enfermedad), el aspecto funcional (capacidad para el desempeño de tareas) y la evaluación subjetiva de la salud (teniendo en cuenta más el aspecto psicológico). Recordemos que las dos últimas de forma específica las hemos incorporado con la escala de Ryff y con la escala SF-8 y el indicador general de salud, respectivamente.

Huxhold, Fiori y Windsor (2013) elaboraron un modelo relacional de las dinámicas de la red social con salud y bienestar donde se encontró que diferentes características de la red social y diferentes facetas de bienestar y la salud forman una dinámica de desarrollo, en el que varios indicadores de envejecimiento con éxito interactúan directa o indirectamente a través del tiempo. En la dinámica de las características de la red social y bienestar se encontró que los altos niveles de apoyo emocional y el compromiso social fueron predictivos a un nivel comparable para los incrementos o mantenimiento de la satisfacción con la vida en 6 años. Los resultados obtenidos implicaron que invertir energía en diferentes partes de la red tenía implicaciones para los diferentes aspectos de bienestar, en concreto, el fomento de las relaciones de apoyo podría ser importante para reducir el afecto negativo, mientras que ser activo en las actividades sociales podría ser importante para maximizar el afecto positivo. En la presente investigación se aporta estos resultados una visión más completa de envejecimiento exitoso, más allá del patente papel de las redes

sociales y el apoyo social para bienestar y satisfacción con la vida y de la salud para satisfacción con la vida. Se encuentra que otro factor latente, la espiritualidad, se relaciona positiva y significativamente con las variables mencionadas y con el afrontamiento activo, que a su vez correlaciona alto en satisfacción con la vida. La espiritualidad también se relaciona con el funcionamiento cognitivo, pero de forma negativa. La variable espiritualidad actúa a modo de prisma mediante el cual la persona interpreta el mundo que le rodea, dando coherencia a los distintos factores predictores para el envejecimiento exitoso.

Por otra parte, en nuestro contexto, Vives, Orte y Ballester (2015), acaban de presentar una investigación para describir y analizar la red de apoyo social de 337 alumnos mayores del Diploma Sénior y Diploma Sénior Superior de la *Universitat Oberta per a Majors* de la *Universitat de les Illes Balears* (UOM). Se observaron diferencias significativas entre las redes sociales y el apoyo social según el sexo, la edad, las personas con las que viven y el nivel de estudios. Se comprobó además que participar en la UOM mejoró las redes y apoyos sociales de las personas mayores, especialmente a partir del reconocimiento o de la mejora del capital social formativo y relacional. Y se observó además que la mayoría de los cambios se produjeron en los primeros cursos y se estabilizaron en los últimos años. Segura, Bonete y Rodríguez

(2015), por su parte, realizaron un estudio para la Universidad Miguel Hernández de Elche denominado: Aulas Universitarias de la Experiencia (AUNEX), dentro de los factores que afectan a la calidad de vida, se afirmó que un adecuado enriquecimiento cultural y social constituye un indicador de una óptima calidad de vida asociada al envejecimiento. La evidencia que se aporta en esta tesis corrobora estos estudios.

Por otro lado, por lo que respecta a bienestar y envejecimiento activo en población mayor en general, Alsinet y Jordana (2015) de la Universidad de Lleida, analizan la relación entre envejecimiento activo y bienestar en una muestra de personas mayores en Lleida. En el marco del envejecimiento activo y la calidad de vida de las personas mayores de más de 65 años se ha estudiado la relación entre la satisfacción con la vida y la percepción del estado de salud. Se analizó una muestra de 132 personas mayores de 65 años de la ciudad de Lleida que tuvieran un envejecimiento socialmente activo. Se realizó una encuesta local basada en variables utilizadas en otros índices internacionales como la encuesta del Índice de Envejecimiento Global y el Índice para una Vida Mejor de la OCDE para los años 2013 y 2014 y también encuestas locales.

Para este estudio de la Universidad de Lleida se tuvieron en cuenta las variables relacionadas con la percepción del estado de salud y la dimensión del bienestar subjetivo de

acuerdo con la escala de satisfacción con la vida de Cummins y Diener. Del total de personas encuestadas la mayoría eran hombres entre 65 y 80 años. Este grupo de población considera en su mayoría su salud es buena mientras Teniendo en cuenta los datos descriptivos, las personas mayores de 65 años en Lleida declaran tener un estado de salud bueno. En la presente investigación, para el factor de salud, se han encontrado diferencias significativas en la variable de género en el aspecto o indicador de autopercepción de salud, y son a favor de una media más alta en hombres que en mujeres.

Las personas mayores de Lleida declaran sentirse felices con su vida en general y estar satisfechos con su vida en la actualidad. Para esta muestra de población, las valoraciones subjetivas positivas destacan sobre el resto, estas son seguidas por valoraciones relativas y finalmente por las negativas. En la presente investigación, en cuanto al funcionamiento psicológico, en función del estado civil, no se han encontrado diferencias significativas en la percepción de salud, satisfacción con la vida, espiritualidad, funcionamiento social, y afrontamiento activo, aunque para bienestar, se observa que los casados se autoaceptan mejor que los viudos permaneciendo los demás estados civiles en una zona intermedia. Por lo que respecta a la autonomía, en la presente investigación, comparando divorciados/separados frente a casados y viudos con una media muy parecida; se observa que



los más autónomos son los mayores divorciados, seguidos de los casados y después los viudos. Los solteros y solteras se encuentran a mitad de camino en su autonomía respecto a las demás situaciones de convivencia.

Por otra parte, en el presente trabajo se observa que el funcionamiento cognitivo se relaciona negativamente con la satisfacción con la vida y de modo no significativo con el bienestar. Para la variable función cognitiva, el uso de ordenadores es mayor en el los hombres que en las mujeres, y los utilizan las personas mayores con mayor nivel de estudios, y que en función del estado civil, las dimensiones de bienestar y funcionamiento cognitivo se han mostrado como significativamente diferentes. La única diferencia significativa se encuentra en el uso de las nuevas tecnologías entre los casados y los viudos, siendo superior para los casados. Con estos resultados, se observa que los tradicionales modelos de envejecimiento exitoso basados en las teorías de la actividad quedan incompletos. El análisis multivariado del modelo multidimensional de envejecimiento exitoso de Iwamasa e Iwasaki (2011) para la muestra de personas mayores alumnas de UNIMAJORS, evidencia que el factor espiritualidad funciona de manera indirecta como una especie de cemento que mantiene relaciones con todos los predictores de envejecimiento exitoso del modelo de Iwamasa e Iwasaki (2011) aportando coherencia y equilibrio a los factores de

salud, sociales, de afrontamiento y cognitivos. En el análisis de los resultados del presente trabajo, encontramos que en la dimensión de espiritualidad puntúan más las mujeres que los hombres. Este resultado es acorde a la literatura, al corpus de conocimiento que se observa en la tabla 5., diversos autores comparten la afirmación de que la espiritualidad es un elemento de coherencia entre las variables de sus modelos de envejecimiento positivo. Para Flood (2005), por ejemplo, el envejecimiento exitoso se alcanza mediante la potenciación de la gerotranscendencia, que se consigue con la relación adaptativa entre los mecanismos de rendimiento funcional, factores intrapsíquicos y la espiritualidad. McCarthy (2011) (tabla 6.) da evidencia empírica al modelo de Flood (2005) de la relación positiva entre la trascendencia y el envejecimiento con éxito, y hace referencia a un tipo de afrontamiento espiritual que abarca los conceptos de crecimiento personal, estar bien y sentido de la vida.

Para Martin y Gillen (2013) (tabla 5.), el envejecimiento satisfactorio se alcanza mediante un modelo bio-psico-social-espiritual que se centra en uno o varios cuadrantes latentes para interpretar el modelo. Un cambio en un cuadrante puede influir positiva o negativamente en la persona. Este modelo, denominado *Spectrum Aging* busca conseguir un plan individualizado de envejecimiento donde se tengan en cuenta variables internas y externas de la persona e incorporar

estrategias para conseguir éxito personal y en la práctica gerontológica y ofrecer datos para aplicar políticas sociales. En nuestra investigación pretendemos en última instancia conocer qué factores son los más importantes para intervenir en nuestro contexto pensando en la futura aplicación de medidas sociales relacionadas con el envejecimiento. Matsubayashi y Okumiya (2012) (tabla 6.), por su parte, exponen que además de tener una buena salud y buena economía y una participación social satisfactoria, para un envejecimiento óptimo se ha de tener en cuenta el ser conscientes del significado de la vida, tener una meta o propósito durante la senectud, el autoconocimiento y la vida espiritual. Y para Mc Carthy y Bockweg (2012) (tabla 6.), como base para aumentar envejecimiento exitoso en futuras intervenciones, es necesario tener una comprensión clara del significado de trascendencia y de sus conceptos, siendo uno de ellos el de espiritualidad que en este caso incluye la creencia en Dios, la creencia en un poder superior, o la conciencia de

Cowlshaw, Niele, Teshuva, Browning, y Kendig, (2012), también desde una perspectiva de envejecimiento bio-psico-social, proponen que la espiritualidad, según los datos recogidos en las personas mayores, puede estar asociada con el apoyo social y las dimensiones del sentido de coherencia. Con estas características se predice el funcionamiento psicológico positivo a través del tiempo. El funcionamiento psicológico positivo se define en términos de satisfacción con la

vida, que se conceptualiza de modo más cognitivo que afectivamente como un componente del bienestar subjetivo. La serie propuesta de las asociaciones corresponde a un modelo de mediación, mediante el cual el apoyo social y el sentido de coherencia pueden explicar los efectos de la espiritualidad en la satisfacción con la vida. Se expone que tradicionalmente la prueba sobre los efectos de mediación descansa en técnicas que no son las apropiadas o que se restringen a datos de corte transversal o *cross-sectional*, que a menudo pueden proporcionar pruebas sesgadas de medida de los efectos. A modo de alternativa, proponen un método para la mediación de pruebas utilizándolas medias repetidas de los datos, lo que aporta la perspectiva de la secuenciación temporal de las relaciones, y se puede situar la variable independiente, mediador, y variable dependiente, secuencialmente en el tiempo. En un futuro próximo, partiendo como base del trabajo de la presente tesis, podremos abordar este terreno.

Cowlshaw, Niele, Teshuva, Browning, y Kendig, (2012) encuentran que la espiritualidad se relaciona de mayor manera con el sentido de coherencia que con el apoyo social para bienestar subjetivo. En su investigación tienen en cuenta medidas de la espiritualidad, de apoyo social, del sentido de coherencia de Antonovsky y de la satisfacción con la vida, que se obtiene a través del tiempo de comunidad de vida de los adultos mayores, y ponen a prueba la mediación longitudinal en

un intervalo de 4 años una dimensión más allá del aquí y ahora. El concepto del sentido de coherencia de Antonovsky, que es un concepto de carácter universal, que trasciende la clase social, el sexo, la religión y la cultura. Para Antonovsky las características del individuo con sentido de coherencia alto son: (1) Es capaz de ver la realidad y hacer un juicio de lo deseable en perspectiva con las fuerzas que operan en la vida. (2) No está obnubilado por la confianza aunque tiene un sentimiento de confianza, de fe, en que las cosas van a salir bien. (3) No piensa ni desea que las cosas siempre tengan un final feliz, sino que el final será “lo que razonablemente se ha esperado”. (4) Capacidad sólida para juzgar la realidad. Por el contrario, según el modelo del sentido de coherencia, una persona con un sentido de la coherencia bajo se define por: (1) Anticipa que las cosas van a salir mal. (2) No puede predecir. (3) La garantía de la satisfacción de sus necesidades depende del azar o de un golpe de suerte (Palacios-Espinosa y Restrepo-Espinosa, 2008).

Cowlshaw, Niele, Teshuva, Browning, y Kendig, (2012) encuentran que la espiritualidad de los adultos mayores se relaciona indirectamente con la satisfacción con la vida cuatro años más tarde. El estudio encontró que esta influencia positiva de la espiritualidad fue principalmente a través del efecto de significatividad del sentido de coherencia. Esto está en la línea de los argumentos a favor de que las creencias espirituales

puedan funcionar como un modelo mental genérico que puede influir las percepciones de los adultos mayores de los acontecimientos de la vida, que conducen a evaluaciones más positivas de estos eventos como significativos.

En el presente trabajo, los resultados obtenidos van en la línea de los modelos más recientes presentes en la literatura científica para el buen envejecer como el modelo de espiritualidad hilomórfica que plantean Del Rio y White (2014) que defiende una definición hilemórfica o hilomórfica derivada del hilomorfismo aristotélico (Aristóteles, alrededor del año 384 a.C.-322 a.C.) que explica que el ser humano es una sustancia formada por alma y cuerpo, y esta sustancia es insoluble. Los autores exponen que la espiritualidad predispone la forma en que vivimos nuestras vidas en referencia a la búsqueda de lo que es bueno y verdadero, y cómo la manera de involucramos en nuestra realidad inmediata influye en cómo experimentamos la vida. Los autores exponen también que la espiritualidad y la religiosidad son factores separados en contraposición a lo que indica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la *American Psychiatric Association*, que entiende que un problema espiritual es la pérdida de la fe. Del Rio y White (2014) defienden que la pérdida de la fe no es un problema espiritual porque la religiosidad es una expresión de la cultura para algunos seres humanos, siendo pues un

elemento de la diversidad cultural, mientras que la espiritualidad es un elemento universal en el ser humano.

Desde el modelo de espiritualidad hilomórfica, Del Rio y White (2014), afirman que la espiritualidad se puede descomponer en 10 elementos empíricos: acepta la realidad, todo está bien, considera ser espiritual, cuida de sí mismo, se preocupa por los demás, persona sexual, relaciones íntimas, habla sobre temas espirituales, busca la trascendencia, prácticas espirituales. Los autores agrupan estos elementos en clasificaciones que representan 8 tipos de espiritualidad de una persona: características cognitivas, perceptivas y actitudinales hacia a la experiencia de un individuo. En este sentido el modelo de espiritualidad hilomórfica da una visión más amplia de la clasificación dicotómica del sentido de coherencia de Antonowsky para el estudio de la espiritualidad ya que aporta una variedad taxonómica más amplia de elementos empíricos para delimitar la espiritualidad y un número mayor de tipologías para clasificar las diferentes formas que tienen las personas de percibir y actuar en el entorno. Para comprobar empíricamente estas categorizaciones, los autores aportan además dos estudios: el primero de ellos establece la confianza inicial de validez de contenido del Inventario Tipología Espiritual. El segundo estudio examina las propiedades psicométricas emergentes de dicho inventario: coeficientes de consistencia interna aceptables ( $\alpha = 0,949$ ),

test-retest coeficientes de fiabilidad ( $R_{xy}=0,759$ ), y análisis factorial exploratorio (cargas factoriales  $>0,30$ ). Estas propiedades aducen estabilidad aceptable y validez de constructo para su inventario de escalas conceptuales ( $\alpha=0,910$ ,  $r_{xy}=0,770$ ;  $\alpha=0,917$ ,  $R_{xy}=0.667$ ) de una muestra adecuada ( $n=1080$ ) y una muestra más pequeña de estabilidad ( $n=619$ ). Estas propiedades psicométricas evidencian su teoría de que la espiritualidad es una cualidad fundamentalmente humana y se puede describir en diversos tipos complementarios de un perfil espiritual fundamental, y se destaca la utilidad de este instrumento para su uso clínico. Los autores apuntan a que el tipo de espiritualidad que presenta una persona puede ser un factor estable de personalidad.

En nuestro contexto, Tortosa, Rodríguez y Rodríguez (2015), estudian la percepción de satisfacción y calidad de vida en población mayor de 65 años no institucionalizada. Realizan un estudio cuantitativo descriptivo con una muestra de 100 participantes mayores de 65 años residentes en Almería. Como instrumento de recogida se empleó la encuesta validada de percepción de calidad de vida WHOQoL-BREF. Los datos fueron analizados con el programa SPSS, versión 21. Los resultados indican que menos casi la mitad de los participantes muestran una calidad de vida bastante buena y una satisfacción con la vida considerada como “normal”. Los participantes refieren “normalidad” en muchos apartados, como



las relaciones sociales, su entorno, dolencias, acceso a información y servicios sanitarios. Se muestran resultados positivos respecto a la aceptación de la apariencia física en el casi la mitad de los participantes pero indican estar poco satisfechos con su sueño, con su vida sexual, con su capacidad adquisitiva y con sus opciones de ocio. Es también importante que las personas participantes expresan sentimientos negativos como desesperanza, ansiedad o depresión moderadamente y poco sentido a su vida en algunos casos.

Es en este sentido, es donde cobra mucha importancia entender el envejecimiento como un concepto holístico e integrador, donde se tengan en cuenta los valores y preferencias de las personas de cada contexto cultural, al igual que postulan Liang y Luo (2012) en su modelo de envejecimiento armónico y demuestran Iwamasa e Iwasaki (2011) en su modelo multidimensional de envejecimiento exitoso. Y explicar el envejecimiento satisfactorio en nuestro contexto es una pieza clave para identificar cuáles son los factores más importantes y la importancia relativa que tiene cada uno. Con el modelo que hemos investigado se ve que la parte más importante a trabajar y promover es el apoyo social, la red de relaciones.

Por lo que respecta al panorama de la *Comunitat Valenciana*, según el periódico Las Provincias del 5 de julio de 2015 la población de la *Comunitat Valenciana* se ha hecho mayor atendiendo a que en 2008 la edad mediana de de la *Comunitat* era de 38.8 años, mientras que la media nacional de edad era de 39.1. Los datos del Instituto nacional de estadística (INE) de 2015, dan al conjunto de España una media de 42.33 años y en la *Comunitat* 42.37. Se puede a formar que con la crisis económica los son más mayores que el resto del conjunto de los españoles. Atendiendo al índice de envejecimiento (división de la población de menos de 64 años con la menor de 16), observamos que en 2015 los indicadores demográficos sitúan en 114 puntos tanto a la *Comunitat Valenciana* como al conjunto de España. El problema reside en que en la *Comunitat* la tasa ha aumentado en 14 puntos mientras que en el conjunto de España lo ha hecho en 8.

Según Carles Simó (en Las Provincias del 5 de julio de 2015), profesor de la Sociología y Antropología social de la *Universitat de València* (especialista en demografía y envejecimiento), hay que atender a la realidad social además de los indicadores demográficos para entender la situación de la *Comunitat*, teniendo en cuenta otros factores como que en el año de inicio de la crisis la proporción de personas mayores de más de 64 años era de 15.95 en la *Comunitat* frente al 16.43%

de conjunto de España. Los datos del 2015 deparan otra realidad. Ahora es la *Comunitat Valenciana* la que tiene una cantidad más grande de personas mayores (18.54%) frente a la media española (18.50%). Otra medida a tener en cuenta es la tasa de dependencia por autonomía, que ha crecido en el conjunto de España más lentamente que en la *Comunitat Valenciana*. En 2008 la tasa de la *Comunitat* era del 46.5, frente al 47.1 de la proporción media en España. En este año 2015, un 53.3 es la tasa en la *Comunitat Valenciana*, mientras que en el conjunto de España es de 52.9. La crisis ha provocado un cambio importante en la dinámica demográfica de la *Comunitat Valenciana*, potenciando la aceleración del envejecimiento, y los cambios más destacados son los saldos migratorios negativos con pérdidas de población extranjera y nacional de edad joven-adulta. Todo esto sucede mientras el flujo de personas inmigrantes que vienen a las costas de la *Comunitat* continúa, aunque haya disminuido. (Simó, 2015).

Para dar respuesta a las necesidades consecuentes al envejecimiento de la población valenciana, el pasado 15 de octubre de 2015 el Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA del Hospital Clínico y la Universitat de València presentaron en la ciudad de Valencia la iniciativa VLC-Health Ecosystem que consiste en crear una plataforma abierta y estable de cooperación para mejorar la calidad de vida de las personas mayores de Valencia. Centra sus objetivos en el abordaje de

las enfermedades crónicas a través de la promoción de hábitos de vida saludables, el diagnóstico precoz, los cuidados personalizados y el uso la tecnología digital en la salud, así como también el fomento del turismo. Esta iniciativa forma parte del grupo europeo Health Ecosystem, en el marco de la Sociedad Europea de la Innovación sobre el Envejecimiento Activo y Saludable (EIP-AHÁ). Para mostrar la repercusión del acto y de la iniciativa presentada, se adjunta en el presente trabajo los accesos a diferentes medios de prensa digital donde se hace eco de la noticia y de dos vídeos institucionales de la Universitat Politècnica de València y de la Universitat de València. (Agencia Efe en Las Provincias del 15 de octubre de 2015)

## 6. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS



El presente trabajo presenta ciertas limitaciones que consideramos importantes destacar.

(1) En primer lugar, los datos obtenidos son de naturaleza transversal, lo que no nos permite hablar de efectos o consecuencias, solamente de la capacidad predictiva. Las posteriores mediciones y la consiguiente validación del modelo contribuirán a resolver de manera relevante esta limitación.

(2) En el modelo de Iwamasa e Iwasaki (2011) con la muestra de personas mayores japonesas americanas, el estado emocional de los residentes se ha controlado con la escala de depresión geriátrica (GDS-S; Sheik y Yesavage, 1986). En nuestra muestra de alumnos de *la Universitat dels Majors*, asumimos que las personas mayores que asisten a las aulas UNIMAJORS no presentan niveles significativos de depresión, pero no se ha comprobado en el tiempo 1, en el conjunto de datos que centra este trabajo.

(3) Finalmente, el factor seguridad financiera se obvia en nuestra aplicación del modelo a la muestra española. Asumimos, de nuevo, que los alumnos de UNIMAJORS tienen un nivel de vida aceptable en este aspecto, pues eligen dedicar tiempo y recursos a esta actividad educativa formal. El tema económico, sería un factor a tener en cuenta por el hecho de la crisis global que atravesamos en España, aunque insistimos

que en esta investigación, con nuestra muestra se asume controlado por constancia.

En este trabajo se ha encontrado una primera evidencia científica de la existencia de un modelo explicativo de envejecimiento exitoso en una muestra representativa y de tamaño suficiente de personas mayores españolas que realizan actividades regladas de *life long learning*. Además se ha comprobado que el factor más importante para potenciar en población española en lo referente al envejecimiento exitoso es el funcionamiento social, que se traduce en el apoyo social y las redes sociales. En el presente trabajo, entendemos que si queremos diseñar medidas, programas e iniciativas de servicios sociales en el área de mayores, necesitamos tener al alcance herramientas de conocimiento como las presentadas en este trabajo que optimizan el uso de recursos (indicándonos cuáles son los factores más viables para trabajar, con más capacidad para mejorar la satisfacción con la vida y el bienestar), más aún en un contexto de crisis económica y recortes donde son más escasos. Finalmente, hemos podido comprobar que, al igual que ocurre con la muestra de personas mayores americanas japonesas en la investigación de Iwamasa e Iwasaki (2011), la espiritualidad actúa como un elemento cohesionador de los diferentes factores que influyen en la satisfacción con la vida y el bienestar de las personas mayores, lo que abre un campo importante de estudio para futuras



investigaciones sobre el envejecimiento con éxito.



## **7. REFERENCIAS**

Adams, K. B. (2004). Changing investment in activities and interests in elders' lives: Theory and measurement. *International Journal of Aging and Human Development*, 58 (2), 87-108.

Administration on Aging (2004). *A Profile of Older Americans: 2003*. Recuperado el 15 de octubre de 2005 de: <http://www.aoa.gov/prof/Statistics/profile/2003/4.asp>

Agencia Efe (15 de octubre de 2015). Una plataforma de investigación apoya innovar en salud y en calidad de vida. *Las provincias*. Recuperado el 15 de octubre de 2015 de: <http://www.lasprovincias.es/agencias/valencia/201510/15/plataforma-investigacion-apoya-innovar-509579.html>

Alemán, I.L. (2013). *Desarrollo y validación del cuestionario de apoyo social V.I.D.A. (vínculos interpersonales de apoyo)*. Tesis doctoral, Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

Alsinet, C., y Jordana, N. (2015). Envejecimiento activo y bienestar. En una muestra de personas mayores en Lleida Universidad de Lleida (España) II *Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento*. Almería (España) 2 y 3 de julio de 2015.

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.

Annear, M., Keeling, S., Wilkinson, T., Cushman, G., Gidlow, B., y Hopkins, H. (2012). Environmental influences on healthy and active ageing: a systematic review. *Ageing and Society*, 34, 590-622.

doi: 10.1017/S0144686X1200116X

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36 (6), 725-33.

Atchley, R. C. (1969). A continuity theory of normal aging. *The Gerontology*, 2, 183-190.

Atienza, F.L., Balaguer, I., y Garcia-Merita, M.L. (2003) Satisfaction with Life Scale: Analysis of factorial invariance across sexes. *Personality & Individual Differences*, 35, pp. 1255–1260.

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 & Individual Differences* 26, pp. 815–826.

Bailly, N., y Roussiau, N. (2010). The Daily Spiritual Experience Scale (DSES): Validation of the short form in an elderly french population. *Canadian Journal of Aging*, 29, 223-231.

Baltes, P. B., y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 397-433). Nueva York, Estados Unidos: Cambridge University Press.

Baltes, P. B., y Freund, A. M. (2002). The intermarriage of wisdom and selective optimization with compensation (SOC): two meta-heuristics guiding the conduct of life. Flourishing: the positive person and the good life. American Psychological Association.

Baños, V., y de la Torre, T (2015). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud del alumnado de las sedes de Burgos y Aranda de Duero del programa interuniversitario de la experiencia de la Universidad de Burgos. *II Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Almería* (España) 2 y 3 de julio de 2015.

Beiser, M. (1974). Components and correlates of mental well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 320-327.

Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 18, 153-63.

Benet-Martinez, V. y John, O.E. (1998). Los Cinco Grandes Across Cultures and Ethnic Groups: Multitrait Multimethod Analyses of the Big Five in Spanish and English *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (3) 729-750.

Bengtson, V., Gans, D., Putney, N. M. y Silverstein, M. (2009). Theories about age and aging. *Handbook of Theories of Aging*, 3-24.

Berkman, L. F., Glass, T. A., Brisette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *SocialScience & Medicine*, 51, 843–857. doi:10.1016/S0277-9536(00)00065-4

Bowling, A. (2008). Enhancing later life: How older people perceive active ageing? *Aging and Mental Health*, 12(3), 293–301.

Brach, J. S., FitzGerald, S., Newman, A. B., Kelsey, S., Kuller, L., VanSwearingen, J. M., y Kriska, A. M. (2003). Physical activity and functional status in community-dwelling older

women: A 14-year prospective study. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2565–2571.

Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., y Kaplan, B. H. (1988). “The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: measurement of social support in family medicine patients”. *Medical Care*, 26, 709–723.

Burnet, M. (1974). *Intrinsic mutagenesis: a genetic approach for aging*. Nueva York: Jhon Wiley and Sons.

Burns, G. W. (2010). *Happiness, Healing, Enhancement Your Casebook Collection for Applying Positive Psychology in Therapy*. (5), 51-62. Hoboken, Nueva Jersey, Estados Unidos: John Wiley & Sons Inc. HSC.

Čančer V., & Žižek S. S. (2015). A proposed approach to the assessment of psychological well-being in organizations. *Applied Research in Quality of Life*, 10, 217–235. doi.org/10.1007/s11482-014-9308-4.

Castellano, C.L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (3), 365-377

Chaves, M. L., Camozzato, A. L., Eizirik, C. L., & Kaye, J. (2009). Predictors of normal and successful aging among

urban-dwelling elderly Brazilians. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Science & Social Science*, 64(5), 597–602.

Checa, A. (5 junio de 2015). Los valencianos echan canas con la crisis. *Las Provincias*, 10-11.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269–297.

doi:10.1037/0278-6133.7.3.269

Colcombe, S., y Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study. *Psychological Science*, 14, 125–130.

Conselleria de Sanitat (2013). Estrategia de Envejecimiento Activo de la Comunitat Valenciana. Generalitat Valenciana.

Conselleria de Sanitat Estrategia de Envejecimiento Activo (EA) de la Comunitat Valenciana. Generalitat Valenciana (página web).

Recuperado el 4 de junio 2005 de:

<http://cuidatecv.es/vida-saludable/envejecimiento-saludable/estrategia-de-envejecimiento-activo-eea-de-la-comunitat-valenciana/>



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

Cowlshaw, S., Niele, S., Teshuva, K., Browning, C. y Kendig, H. (2012). Older adults' spirituality and life satisfaction: a longitudinal test of social support and sense of coherence as mediating mechanisms. *Ageing & Society*, 33, 1243-1262. doi: 10.1017/S0144686X12000633

Cox, E. O., Green, K. E., Seo, H., Inaba, M., y Quillen, A. A. (2006). "Coping with latelife challenges: Development and validation of the Care-Receiver Efficacy Scale". *The Gerontologist*, 46 (5), 640-649. doi: 10.1093/geront/46.5. 640

Cristofalo, V. J., Tresini, M., Francis, M. K. y Volker, C. (1999). Biological theories of senescence. *Handbook of Theories of Aging*, 98-112.

Cuart, M.I. (2014) *Relación entre reserva cognitiva, depresión y metamemoria en los adultos mayores no institucionalizados*. Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears.

Cuevas, J. E., Vance, D. E., Viamonte, S. M., Lee, S. K. y South, J. L. (2010). "A comparison of spirituality and religiousness in older and younger adults with and without HIV". *Journal of Spirituality in Mental Health*, 12 (4), 273-287.

doi: <http://dx.doi.org/10.1080/19349637.2010.518828>

Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, J., van Vugt, J., y Misajon, R. (2003). "Developing a National Index of Subjective Wellbeing: the Australian Unity Wellbeing Index". *Social Indicators Research*, 64 (2) 159–190.

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*, 3-16.

Davidson, K. (2011). Sociological perspectives on aging. En I. Stuart-Hamilton (Ed.), *An introduction to gerontology*. Nueva York: Cambridge University Press. 227-250).

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 (2), 92-100.

DeHaes, J. C., Pennink, B. J. W., y Welvaart, K. (1987). The distinction between affect and cognition. *Social Indicators Research*, 19, 367–378.

De Jong Gierveld, J., y van Tilburg, T. (2006). "A 6-items scale for overall, emotional, and social loneliness confirmatory test on

survey data". *Research on Aging*, 28 (5), 582–598. doi: 10.1177/0164027506289723

Del Rio, C.M. y White L.J. (2014). Hylomorphic Attitudinal Spirituality: Psychometric Properties of the Spiritual Typology Inventory. *SAGE Open* doi: 10.1177/2158244013518927

Delis D. C., Kaplan E., y Kramer J. H. (2001). D-Kefs: Examiners Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.

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-b D'Souza, R. (2003). Incorporating a spiritual history into a psychiatric assessment. *Australasian Psychiatry*, 11 (1),12–15.

D'Souza, R., y Rodrigo, A. (2004). Spiritually augmented cognitive behavioural therapy. *Australasian Psychiatry*, 12 (2),148-152.

Dupertuis, L. L., Aldwin, C. M., y Bosse, R. (2001). Does the source of support matter for different health outcomes? Findings from the Normative Aging Study. *Journal of Aging and Health*, 13, 494–510. doi: 10.1177/089826430101300403

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. Nueva York: Norton.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2<sup>a</sup> 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.

Espeseth T., Christoforou A., Lundervold A. J., Steen V. M., Le Hellard S., y Reinvang, I. (2012). Imaging and cognitive genetics: the Norwegian cognitive neurogenetics sample. *Twin Res. Hum. Genet.* 15, 442–452. doi: 10.1017/thg.2012.8.

EuroQol Group (1990). “EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group”. *Health Policy*, 16, 199–208.

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. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55B, S208–S212. doi:10.1093/geronb/55.4.S208

Fernandez-Ballesteors, R., Caprara, M.G., Iñiguez, J., y García, L.F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad»® *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 40 (2), 92-102.

Fernandez-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., y Ruiz, M. A. (2001). “The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction”. *Aging and Society*, 21 (1), 25-43.

Fernandez-Mayoralas, G., Rojo, F., Prieto, M.E., León, B., Martínez, P., Forjaz, J., Frades, B., y García, C. (2007). El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. Madrid: Portal Mayores, IMSERSO.

Recuperado el 08 de septiembre de 2013 de:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.p>

Fiori, K. L., y Jager, J. (2012). Social support networks and health across the lifespan: A longitudinal, pattern-centered approach. *International Journal of Behavioral Development*, 36, 117–129. doi:10.1177/ 0165025411424089

Flood, M. (2005). A Mid-Rage Nursing Theory of Successful Aging. *Journal of Theory Construction and Testing*, 9 (2), 35.

Forjaz, F. M., Prieto-Flores, M. E., Ayala, A., Rodriguez-Blazquez, C., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., y Martinez-Martin, P. (2011). “Measurement properties of the Community Wellbeing Index in older adults”. *Quality of Life Research*, 20, 733–743. doi:10.1007/s11136-010-9794-2.

Galiana, L., Oliver, A., Sancho, P., y Tomás, J. M. (2015). Dimensionality and Validation of the Dispositional Hope Scale in a Spanish Sample. *Social Indicators Research*, 120,297-308.

doi: 10.1007/s11205-014-0582-1

Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., y Benito, E. (2015). Validation of a New Instrument for Self-care in Spanish Palliative Care Professionals Nationwide *Spanish Journal of Psychology*, 18, eX, 1-9.

García, A, J., y García, M.A. (2013). Nuevas formas de envejecer activamente: Calidad de Vida y Actividad Física desde una perspectiva Psicosocial. *Escritos de Psicología*, 6 (2), 1-5

Goldstein, S., Gallo, J. J., y Reichel, W. (1989). Biologic theories of aging. *American family physician*, 40, 195-200.

González, C., Fanjul, C., y Cabezuelo, L. (2015) Use, Consumption and Knowledge of New Technologies by Elderly People in France, United Kingdom and Spain. *Comunicar*, 23 (45), 19-27. doi: 10.3916/C45-2015-02

Gonzalez, M. T., y Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento al estrés CAE: validación en una muestra mexicana. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 12 (2), 189-198.

Gubrium, J. (1973). The myth of the golden years: A socio-environmental theory of aging. Springfield: Thomas.

Haugan, G. (2012). Nurse–patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Carin Sciences* 28 (1), 74-88. doi: 10.1111/scs.12028

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

Idler, E.L., Musick, M.A., Ellison, C.G., George, L.K., Krause, N., y Ory, M. G. (2003). Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research: Conceptual background and findings from the 1998 General Social Survey. *Research on Aging*, 25, 327-365.

Hilton, J. M., Gonzalez, C. A., Saleh, M., Maitoza, R., y Cole, L. (2012). Perceptions of Successful Aging among Older Latinos in Cross-Cultural Context. *Journal of Cross Cultural Gerontoly*, 27, 183–199.

Huxhold, O., Fiori, K.L., y Windsor, T.D. (2013). The Dynamic Interplay of Social Network Characteristics, Subjective Well-Being, and Health: The Costs and Benefits of Socio-Emotional Selectivity. *Psychology and Aging*, 28 (1), 3-16. doi: 10.1037/a0030170



Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., y Blane, D. B. (2003). "A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19)". *Aging and Mental Health*, 7 (3), 186–194. doi: 10.1080/1360786031000101157

IMSERSO (2011). Libro Blanco de Envejecimiento Activo. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

International Wellbeing Group (2006). Personal Wellbeing Index. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University.

Retrieved on October, 4th, 2013 from:

[http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing\\_index.htm](http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing_index.htm).

Iwamasa, G.Y., y Iwasaki, M. (2011). A New Multidimensional Model of Successful Aging: Perceptions of Japanese American Older Adults. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 26, 261–278. doi: 10.1007/s10823-011-9147-9

John, O. P., Donahue, E. M., y Kentle, R. L. (1991). *The "Big Five" Inventory--Versions 4a and 54*. Berkeley: University of

California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.

John, O. P., y Srivastava, S. (1999). *The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives*. Handbook of personality: Theory and research, 2, 102-138.

Johnson County Consortium. (2006). *Successful aging in Johnson County: A market analysis*. Johnson County, IA: Author.

Kahana, E., Kahana, B., y Kercher K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, 28 (2), 155-180.

Khan, R.L., y Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: attachment, roles and social support. En PB Baltes y O Brim (Eds), *Life-span Development and Behavior*, 3, 254–283). Boston: Lexington.

Karlin, N. J., Weil, J., Saratapun, N., Pupanead, S., y Kgosidialwa, K. (2014). Etic and Emic Perspectives on Aging Across Four Countries: Italy, Thailand, Botswana, and the United States. *Ageing International*, 39, 348-368.

Kaye, L.W., Butler, S.S., y Webster, N.M. (2003). Toward a productive aging paradigm for geriatric practice. *Ageing International*, 28 (2), 200-213.

Kending. H. (2004). The social sciences and successful aging: Issues for Asia–Oceania. *Geriatrics and Gerontology International*, 4: S6–S11

Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., y Ryff, C.D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, (6), 1007–1022.

Koenig, H. G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *The Southern Medical Journal*, 97 (12), 1194-1200.

Krause, N. (2004). Stressors arising in highly valued roles, meaning in life, and the physical health status of older adults. *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59B, S287–S297.  
doi:10.1093/geronb/59.5.S287

Kwok, J. Y. C., y Tsang, K. K. M. (2011). Getting Old with a Good Life: Research on the Everyday Life Patterns of Active

Older People. *Ageing International*, 37, 300–317. doi: 10.1007/s12126-011-9124-1

Lang, F. R., y Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, 9, 315–324. doi:10.1037/0882-7974.9.2.315

Lang, F.R., y Carstensen, L. L. (2002). “Time Counts: Future time perspective, goals, and social relationships”. *Psychology and Aging*, 17 (1), 125-139.

Liang, J., y Luo, B. (2012). “Towards a discourse shift in Social Gerontology: From successful aging to harmonious aging”. *Journal of Aging Studies*, 26 (3), 327–334. doi:10.1016/j.jaging.2012.03.001

Lee, J-J. (2009). A Pilot Study on the Living-Alone, Socio-Economically Deprived Older Chinese People’s Self-Reported Successful Aging: A Case of Hongkong. *Applied Research Quality Life*, 4, 347–363.

doi: 10.1007/s11482-009-9085-7

Lee, P. L. (2009). Life satisfactory and successful aging factors among elders.

*Journal of Crisis Management*, 6(2), 25–38.

Lee, P., Lan, W., y Yen, T. (2011). Aging Successfully: A Four-Factor Model. *Educational Gerontology, 37*, 210-227.

Liang, J. (1986). Self-reported physical health among aged adults. *Journal of Gerontology, 41*, 248–260.

Litwin, H., y Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and wellbeing in later life: What really matters? *Ageing & Society, 26*, 225–242. doi:10.1017/S0144686X05004538

Lo, B., Quill, T., y Tulsky, J. (1999). Discussing palliative care with patients. *Annals of Internal Medicine, 130* (9), 744-9.

Lopez, S. J., Ciarlelli, R., Coffman, L., Stone, M., & Wyatt, L. (2000). Diagnosing for Strengths: On Measuring Hope Building Blocks. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures and applications* (pp. 57–85). San Diego, CA: Academic Press.

Lubben, N. (1988). Assessing social networks among the elderly population. *Family Community Health, 11*, 42-52.

Lubben, J., y Gironda, M. (2004). Measuring social networks and assessing their benefits. En C. Phillipson, G. Allan y D.

Lucas, R. E., Diener, E., y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616–628. doi:10.1037/0022-3514.71.3.616

Martin D. J., y Gillen, L. L. (2013) Revisiting Gerontology's Scrapbook: From Metchnikoff to the Spectrum Model of Aging. *The Gerontologist*, 54 (1), 51–58  
doi: 10.1093/geront/gnt073

Matsubayashi, K., y Okumiya, K. (2012). Field medicine: A new paradigm of geriatric medicine. *Geriatrics and Gerontology International*, 12, 5–15.  
doi: 10.1111/j.1447-0594.2011.00738.x

McCarthy, V.L. (2011). A New Look at Successful Aging: Exploring a Mid-Rage Nursing Theory among Older Adults in a Low-income Retirement Community. *Journal of Theory Construction and Testing*, 15 (1), 17.

McCarthy, V.L. y Bockweg, A. (2012). The Role of Transcendence in a Holistic View of Successful Aging A Concept Analysis and Model of Transcendence in Maturation and Aging . *Journal of Holistic Nursing*, 31 (2), 84-92.  
doi: 10.1177/0898010112463492

McCarthy, V.L., Ling, J., y Carini, R.M. (2013). The Role of Self-Transcendence. A Missing Variable in the Pursuit of Successful Aging? *Research in Gerontological Nursing*, 6 (3), 78-86. doi: 10.3928/19404921-20130508-01

Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (1986). El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata.

McDonald, R.P. (1999). *Test Theory: A Unified Treatment* (L. Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey).

McIntosh, C.N. (2001). Report on the construct validity of the Temporal Satisfaction With LifeScale, *Social Indicators Research* 54, pp. 37–56.

Oliver, A., y Galiana, L. (en prensa). “Development and Validation of the Entrepreneurial Attitudes Scale for Students (EASS)”. *Spanish Journal of Psychology*, en prensa.

Oliver, A., Tomás, J.M., Galiana, L., Sancho, P., Pinazo, S., y Montoro-Rodríguez, J. Evidencia preliminar en contexto español sobre un modelo de envejecimiento de éxito basado en factores psicológicos, físicos, de apoyo social y ocio activo. // *Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Almería* (España) 2 y 3 de julio de 2015.

OMS (2012). 10 datos sobre el envejecimiento de la población.

Recuperado el 9 de junio de 2015 de:

<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

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.

Ortman, J.M., y Current, V. (2014). An Aging Nation: The Older Population in the United States. Population Estimates and Projections. U.S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration. U.S. Census Bureau 25-1140.

Orton, M. J. (2008). Transforming chaplaincy: the emergence of a healthcare pastoral care for a post-modern world. *Journal of Health Care Chaplaincy*, (15), 2, 114-131.

Ouwehand, C., de Ridder, D. T., y Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27, 873-884. doi:10.1016/j.cpr.2006.11.003

Palacios-Espinosa, X., y Restrepo-Espinosa, M.H. (2008). Aspectos conceptuales e históricos del sentido de coherencia propuesto por Antonovsky: ¿una alternativa para abordar el tema de la salud mental? *Informes Psicológicos*, 10 (11), 275-300. ISSN 0124-4906



Parslow, R.A., Lewis, V.J., y Nay, R. (2011). Successful Aging: Development and Testing of Multidimensional Model Using Data From a Large Sample of Older Australians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59 (11), 2077-83

doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03665.x

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.

Pavot, W., Diener, E., y Suh, E. (1998). The Temporal Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70, 340-354.

Pernice, D., Alesii, A., Spiridigliozzi, C., Caracciolo, B., y Giaquinto, S. (2005). "Italian validation of the Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs". *Functional Neurology*, 20 (2), 77-84.

Pillemer K, Moen P, Wethington, E., y Glasgow, N. (2000). *Social Integration in the Second Half of Life*. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press.

Poulain, M., y Herm, A. (2015). Centenarians' Marital History and Living Arrangements: Pathways to Extreme Longevity. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 0 (0), 1–10. doi:10.1093/geronb/gbv082

Reed, P.G. (1992). "An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing". *Research in Nursing and Health*, 15 (5), 349-357. doi:10.1002/nur.4770150505

Reed, P.G. (1989). "Self-transcendence in aging scale: Mental health of older adults". *Western Journal of Nursing Research*, 11, 161-163.

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 (4811) 143-149.

Rowe, J. W., y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440.

Rowe, J. W., y Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. NuevaYork: Pantheon.

Ryff, C., y Keyes, C.L.M., (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.

Ryff, C.D., (1989). Happiness is everything: or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Ryff, C. D., y Singer, B. H. (2000). Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 30-44.

Ryff, C. D., y Singer, B. H. (Eds.) (2001). *Emotion, social relationships, and health*. New York, NY: Oxford University Press.

Sachs, J. (2004). Validation of the Satisfaction With Life Scale in a sample of Hong Kong university students, *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 46, 225–234.

Sánchez, M., González, C., Robles, R., y Andrade, P. (2012). Desarrollo y evaluación psicométrica de un índice de

espiritualidad para adultos mayores en México. *Psicología Iberoamericana*, 20, 41-48.

Sancho, P. (2013). *Calidad de vida de las personas mayores en el África subsahariana: el caso de Angola*. Tesis doctoral. Universitat de València.

Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.

Sandín, B., y Cohort, P. (2002). Cuestionario de afrontamiento del estrés (cae): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1) 39-54.

Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1985). "Optimism, coping, and health: Assessment and implication of generalized outcome expectancies". *Health Psychology*, 1985, 4 (3), 219-247. doi: 10.1037/0278-6133.4.3.219

Seeman, T. (2000). Successful aging: Fact or fiction? Paper presented at the UCLA Center on Aging Event, *Fall Community Meeting*, Los Angeles, CA:  
UCLA.

Segura, M. C., Bonete, B., y Rodríguez, J. (2015). Calidad de vida y participación social de los mayores de 55 años del

programa universitario para mayores de la Universidad Miguel Hernández de Elche. *II Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento*. Almería (España) 2 y 3 de julio de 2015.

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

Serrano, J. P., Latorre, J. M., y Gratz, M. (2014). Spain: promoting the welfare of older adults in the context of population aging. *The Gerontologist*, (first published online: March 14, 2014) doi:10.1093/geront/gnu010.

Servicio Andaluz de Salud. *Cuestionario Duke-UNC* - .Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Recuperado el 5 de octubre de 2015 de: [http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario\\_duke\\_unc.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_duke_unc.pdf)

Shaw, B. A., Krause, N., Chatters, L.M., Connell, C. M., y Ingersoll-Dayton, B. (2004). "Emotional support from parents early life, aging, and health". *Psychology and Aging*, 19 (1), 4-12. doi:10.1037/0882-7974.19.1.4

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*, 103-115.

Silvestri, G. A., Knittig, S., Zoller, J. S., y Nietert, P. J. (2003). Importance of faith on medical decisions regarding cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 21 (7), 1379-82.

Simó, C. (5 de julio de 2015). Los valencianos echan canas con la crisis. *Las Provincias*, pp. 10-11.

Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures and applications*. San Diego, CA: Academic Press.

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. (1991a). "The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope". *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (4), 570-85.

Snyder, C. R., Irving, L., & Anderson, J. R. (1991b). Hope and health: Measuring the will and the ways. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 285–305). Elmsford, New York: Pergamon Press.

Strout, K.A., y Howard, E.P. (2012). The Six Dimensions of Wellness and Cognition in Aging Adults. *Journal of Holistic Nursing*, 20 (10), 1-10 .

doi: 10.1177/0898010112440883

Tabachnick, B. G., y Fidell, L. S. (2007). Using multivariate statistics (5th ed.).

Boston, MA: Pearson Education.

Tavel, P. (2008). Successful ageing. A survey of the most important theories. *Human Affairs*, 18, 183–196 doi: 10.2478/v10023-008-0018-0

Tohit, N., Browning, C.J., y Radermacher, H. (2011). We want a peaceful life here and hereafter': healthy ageing perspectives of older Malays in Malaysia. *Ageing and Society*, 3, 405-424. doi: 10.1017/S0144686X11000316

Thoits, PA. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 2, 145-159.

Tomás, J.M., Galiana, L., Gutiérrez, M., Sancho, P, y Oliver, A. (2015). Predicción del bienestar hedónico y eudaimónico en envejecimiento con éxito. *II Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento*. Almería (España) 2 y 3 de julio de 2015.

Tomás, J.M., Sancho, P., y Meléndez, J.C. (2013). Validación del “Cuestionario de afrontamiento del estrés” (CAE) para su uso en población mayor española. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21 (1), 103-122.

Tortosa, V., Rodríguez, M.D., y Rodríguez M. del M. (2015). Percepción de satisfacción y calidad de vida en población mayor de 65 años no institucionalizada. *II Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento*. Almería (España) 2 y 3 de julio de 2015.

Turner-Bowker, D.M., Bayliss, M.S., Ware, J.E., y Kosinski M. (2003). Usefulness of the SF-8 Health Survey for comparing the impact of migraine and other conditions. *Quality of Life Research*, 12, 1003–1012,

Vahia, I., Depp, C., Palmer, B., Fellows, I., Golshan, S., Thompson, W., Allison, M., y Jeste, D. (2011). “Correlates of spirituality in older women”. *Aging and Mental Health*, 15 (1), 97-102. doi:10.1080/13607863.2010.501069

Vives, M., Orte, C., y Ballester, L. (2015). Efectos de los programas universitarios en personas mayores en su red y apoyo social. El ejemplo de la Universitat oberta per a Majors. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 25, 299-317 DOI: 10.7179/PSRI\_2015.25.13



Waid, L., y Leslie, F. (2003). "Cultural differences in possible selves during later life". *Journal of Aging Studies*, 17 (3), 251–268. doi:10.1016/S0890-4065(03)00031-8

Wang, J.J. (2011). A structural model of the bio-psycho-socio-spiritual factors influencing the development towards gerotranscendence in a sample of institutionalized elders. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2628–2636  
doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05705.x

Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., y Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center.

Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E., y Gandek, B. (2001). *How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual for Users of the SF-8 Health Survey*. Lincoln RI: QualityMetric Incorporated.

Wechsler, D. (1999). *WAIS Manual*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.

Weuve, J., Kang, J.H., Manson, J.E., Breteler, M.M.B., Ware, J. H., y Grodstein, F. (2004). Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. *JAMA*, 292, 1454–1461.

Ye, S. (2007). Validation of the temporal satisfaction with life scale in a sample of Chinese university students. *Social Indicators Research*, 80, 617-628.

Young, Y., Frick, K.D., y Phelan, E.A. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional definition of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10 (2) 87-92.

## 8. ANEXOS A LA PARTE EMPÍRICA



**D. Fernando A. Verdú Pascual, Profesor Titular de Medicina Legal y Forense, y Secretario del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València,**

**CERTIFICA:**

Que el Comité Ético de Investigación en Humanos, en la reunión celebrada el día 9 de julio de 2014, una vez estudiado el proyecto de investigación titulado:  
*"Promoción de bienestar y calidad de vida en personas mayores autónomas y dependientes: participación, apoyo social, espiritualidad, buen trato y salud",*  
*número de procedimiento H1403533342121,*  
cuyas investigadoras responsables son Dña. Amparo Oliver Gernes y Dña. Sacramento Pinazo Hernandez,  
ha acordado informar favorablemente el mismo dado que se respetan los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y cumple los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Y para que conste, se firma el presente certificado en Valencia, a diecisiete de septiembre de dos mil catorce.

FERNANDO ALEJO|  
VERDU|PASCUAL  
2014.09.17 08:03:42  
+02'00'



## BIENESTAR EN PERSONAS ADULTAS

Con el objetivo de profundizar en el conocimiento del bienestar de las personas, y programar actividades adecuadas a cada edad del desarrollo adulto, solicitamos su colaboración para que nos aporte información sobre su forma de ser y pensar. Su participación es anónima y voluntaria, y todos los datos que nos aporte se mantendrán en la más absoluta confidencialidad.

Dado que le solicitaremos colaborar en momentos posteriores, necesitamos que recuerde una clave, que estará compuesta por una fecha que sea especialmente significativa para usted, de tal manera que le permita recordarla con facilidad. Por ejemplo, si usted elige la fecha de nacimiento de su primer hijo, y este acontecimiento ocurrió el 3 de agosto de 1967, su clave sería 03-08-1967. El recuerdo de esta clave es necesario también para poder participar en el sorteo de diversos aparatos electrónicos que en su día celebraremos entre quienes hayan participado en las tres ocasiones que se les contacte.

Día	Mes	Año

Edad \_\_\_\_  Hombre  Mujer

Nivel de estudios: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Situación laboral actual: \_\_\_\_\_ Ocupación laboral previa: \_\_\_\_\_

¿Dónde vive?  En su casa  En casa de un hijo/a  Otros: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive? \_\_\_\_\_

Número de personas en su familia: Hijos/as \_\_\_\_\_ Nietos/as \_\_\_\_\_ Padres vivos \_\_\_\_\_

Otros. Especificar \_\_\_\_\_

Rodee con un círculo la opción que mejor le represente:

	(0) Nunca	(1) Algunas veces al año	(2) Varias veces al mes				
	(3) Varias veces a la semana		(4) A diario				
<b>Frecuencia de contacto con...</b>							
1	Sus hijos/as.....	0	1	2	3	4	
2	Sus nietos/as.....	0	1	2	3	4	
3	Sus padres vivos.....	0	1	2	3	4	
<b>Frecuencia con la que utiliza...</b>							
1	Ordenador.....	0	1	2	3	4	
2	Teléfono móvil.....	0	1	2	3	4	
3	Tablet.....	0	1	2	3	4	
4	Libros digitales.....	0	1	2	3	4	
5	Otros. Especificar.....	0	1	2	3	4	
<b>Frecuencia con la que participa en actividades organizadas por...</b>							
1	Asociaciones de vecinos, recreativas, culturales.....	0	1	2	3	4	
2	Asociaciones o grupos religiosos.....	0	1	2	3	4	
3	Asociaciones políticas, ciudadanas.....	0	1	2	3	4	
4	Centros de Tercera Edad.....	0	1	2	3	4	
5	Organizaciones de Voluntariado, ONG's.....	0	1	2	3	4	
6	Otras. Especificar.....	0	1	2	3	4	

	(0) Ninguno	(1) Uno	(2) Dos	(3) Tres/cuatro	(4) De cinco a ocho	(5) Nueve o más
1	¿Con cuántos FAMILIARES se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?.....					0 1 2 3 4 5
2	¿Con cuántos FAMILIARES se siente lo suficientemente cómodo como para conversar sobre sus asuntos personales?.....					0 1 2 3 4 5
3	¿A cuántos FAMILIARES siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?.....					0 1 2 3 4 5
1	¿Con cuántos AMIGOS se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?.....					0 1 2 3 4 5
2	¿Con cuántos AMIGOS se siente lo suficientemente cómodo como para conversar sobre sus asuntos personales?.....					0 1 2 3 4 5
3	¿A cuántos AMIGOS siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?.....					0 1 2 3 4 5
	(0) Nunca	(1) Rara vez	(2) A veces	(3) A menudo	(4) Casi siempre	(5) Siempre
1	¿Con qué frecuencia se encuentra o tiene noticias del FAMILIAR con el que tiene más contacto?.....					0 1 2 3 4 5
2	Cuando uno de sus FAMILIARES tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?.....					0 1 2 3 4 5
3	¿Con qué frecuencia uno de sus FAMILIARES está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?.....					0 1 2 3 4 5
1	¿Con qué frecuencia se encuentra o tiene noticias del AMIGO con el que tiene más contacto?.....					0 1 2 3 4 5
2	Cuando uno de sus AMIGOS tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?.....					0 1 2 3 4 5
3	¿Con qué frecuencia uno de sus AMIGOS está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?.....					0 1 2 3 4 5
	(1) Muy en desacuerdo	(2) En desacuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) De acuerdo	(5) Muy de acuerdo	
1	Practico ejercicio con regularidad.....					1 2 3 4 5
2	Suelo seguir una dieta equilibrada.....					1 2 3 4 5
3	Considero que mis relaciones personales fuera de los estudios son satisfactorias.....					1 2 3 4 5
4	Considero que mis relaciones familiares son satisfactorias.....					1 2 3 4 5
5	Practico actividades que me ayudan a relajarme.....					1 2 3 4 5
6	Mi autocuidado incluye implicarme activamente en una práctica espiritual, meditación, oración.....					1 2 3 4 5
7	Soy constante, tengo continuidad en mi práctica espiritual.....					1 2 3 4 5
8	Cuando me siento sobrecargado emocionalmente intento buscar un tiempo para mi propio cuidado.....					1 2 3 4 5
9	Cuando me veo sobrepasado por una situación siento que me puedo apoyar en mis compañeros para elaborar esta experiencia.....					1 2 3 4 5
En general, ¿cómo evaluaría su salud durante el último mes?						
<input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena						
	(1) Ninguno	(2) Muy pocos	(3) Varios	(4) Bastantes	(5) Muchos	
Durante el último mes...						
1	¿Cuántos problemas de salud física han limitado su actividad física habitual (caminar, subir escaleras, etc.)?.....					1 2 3 4 5
2	¿Cuántas dificultades ha tenido durante su rutina diaria, en casa o fuera de casa, debido a su salud física?.....					1 2 3 4 5
3	¿Cuántos dolores físicos ha tenido?.....					1 2 3 4 5
4	¿Cuánta energía ha tenido?.....					1 2 3 4 5

Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

	(1) Nada	(2) Casi nada	(3) Algo	(4) Bastante	(5) Mucho
5	¿Cuánto limitaron su salud física o sus problemas emocionales sus actividades sociales habituales con familia y amigos? .....				
6	¿Cuánto le han molestado los problemas emocionales (sentirse ansioso, deprimido, irritable)?.....				
7	¿Cuánto le impidieron sus problemas personales o emocionales realizar su trabajo, clases u otras actividades diarias habituales? .....				

Acerca de sus relaciones sociales, rodee con un círculo:

Desde (1) Mucho menos de lo que me gustaría, hasta (5) Tanto como me gustaría					
1	Recibo visitas de mis amigos y familiares.....				
2	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa .....				
3	Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.....				
4	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede .....				
5	Recibo amor y afecto .....				
6	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.....				
7	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares .....				
8	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos .....				
9	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.....				
10	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida .....				
11	Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama .....				

Actualmente, ¿hasta qué punto se encuentra satisfecho/a con toda su vida, considerada globalmente?  Nada  Casi nada  Algo  Bastante  Mucho

	(1) Muy en desacuerdo	(2) En desacuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) De acuerdo	(5) Muy de acuerdo
1	Si tuviese que vivir mi pasado otra vez, no cambiaría nada .....				
2	Estoy satisfecho con mi vida en el pasado .....				
3	Mi vida en el pasado fue ideal para mí .....				
4	Las condiciones de mi vida en el pasado fueron excelentes .....				
5	Tuve las cosas importantes que quise en el pasado .....				
6	No cambiaría nada de mi vida actual .....				
7	Estoy satisfecho con mi vida actual .....				
8	Mi vida actual es ideal para mí .....				
9	Las condiciones actuales de mi vida son excelentes .....				
10	Tengo las cosas importantes que quiero ahora mismo .....				
11	No habrá nada que quiera cambiar sobre mi futuro .....				
12	Estaré satisfecho con mi vida en el futuro .....				
13	Espero que mi vida futura sea ideal para mí .....				
14	Las condiciones de mi vida futura serán excelentes .....				
15	Tendré las cosas importantes que quiera en el futuro .....				
1	Mi espiritualidad me ayuda a definir mis metas .....				
2	Mi espiritualidad es importante porque responde a mis dudas sobre el significado de la vida .....				
3	Mi espiritualidad me ayuda a entender el significado de las situaciones que vivo .....				
4	Me considero una persona espiritual .....				
5	Dejar huella en esta vida es una gata para mí .....				
6	Creo que hay un "ser superior" que guía mi vida .....				



	(1) Muy en desacuerdo	(2) En desacuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) De acuerdo	(5) Muy de acuerdo	
1	Puedo pensar en muchas salidas cuando me atasco .....	1	2	3	4	5
2	Persigo mis objetivos energicamente .....	1	2	3	4	5
3	Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro .....	1	2	3	4	5
4	Hay muchas maneras de solucionar un problema .....	1	2	3	4	5
5	He tenido bastante éxito en la vida .....	1	2	3	4	5
6	Puedo pensar en muchas formas de conseguir las cosas que en mi vida son importantes para mí .....	1	2	3	4	5
7	Consigo los objetivos que me propongo .....	1	2	3	4	5
8	Incluso cuando los demás se desaniman, sé que puedo encontrar una forma de solucionar el problema .....	1	2	3	4	5
<b>¿Cómo se ve usted a sí mismo/a?</b>						
1	Soy minucioso/a en el trabajo .....	1	2	3	4	5
2	Puedo, a veces, ser algo descuidado/a .....	1	2	3	4	5
3	Soy un/a trabajador/a cumplidor/a, de confianza .....	1	2	3	4	5
4	Tiendo a ser desorganizado/a .....	1	2	3	4	5
5	Persevero hasta terminar el trabajo .....	1	2	3	4	5
6	Tiendo a ser flojo/a, vago/a .....	1	2	3	4	5
7	Hago las cosas de manera eficiente .....	1	2	3	4	5
8	Hago planes y los sigo cuidadosamente .....	1	2	3	4	5
9	Me distraigo con facilidad .....	1	2	3	4	5
<b>Sobre su bienestar...</b>						
1	En general, me influyen las personas con opiniones firmes .....	1	2	3	4	5
2	Confo en mis opiniones incluso si son opuestas al consenso general.....	1	2	3	4	5
3	Me juzgo a mí mismo por lo que creo que es importante, no por los valores que otros creen que son importantes.....	1	2	3	4	5
4	En general, siento que controlo las situaciones en las que vivo .....	1	2	3	4	5
5	Con frecuencia, me abruma las exigencias de la vida diaria .....	1	2	3	4	5
6	Soy bastante bueno/a gestionando las muchas responsabilidades de mi vida diaria.....	1	2	3	4	5
7	Creo que es importante tener experiencias nuevas que cuestionen lo que uno piensa de sí mismo y del mundo.....	1	2	3	4	5
8	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, cambio y crecimiento.....	1	2	3	4	5
9	Hace ya tiempo que renuncié a intentar grandes mejoras o cambios en mi vida.....	1	2	3	4	5
10	Me es difícil y frustrante mantener relaciones estrechas.....	1	2	3	4	5
11	Otras personas me describirían como una persona generosa dispuesta a compartir mi tiempo con los demás.....	1	2	3	4	5
12	No he experimentado muchas relaciones cálidas y confadas con otras personas.....	1	2	3	4	5
13	Vivo la vida día a día y no pienso de verdad en el futuro.....	1	2	3	4	5
14	Algunas personas vagan por la vida sin ningún objetivo; yo no me considero así.....	1	2	3	4	5
15	A veces siento como si en mi vida ya hubiera hecho todo lo que tenía que hacer.....	1	2	3	4	5
16	Cuando repaso el relato de mi vida, me satisface la forma en que las cosas me han pasado.....	1	2	3	4	5
17	Me gusta la mayoría de los aspectos de mi personalidad .....	1	2	3	4	5
18	En muchos sentidos, me siento decepcionado de los logros de mi vida.....	1	2	3	4	5

Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

	(1) Muy en desacuerdo	(2) En desacuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) De acuerdo	(5) Muy de acuerdo	
<b>¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?</b>						
1	Me convencía de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal.....	1	2	3	4	5
2	Intentaba centrarme en los aspectos positivos del problema.....	1	2	3	4	5
3	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas.....	1	2	3	4	5
4	Asistía a la Iglesia.....	1	2	3	4	5
5	Intentaba sacar algo positivo del problema.....	1	2	3	4	5
6	Me concentraba en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.....	1	2	3	4	5
7	Establecía un plan de acción y procuraba llevarlo a cabo.....	1	2	3	4	5
8	Me comportaba de forma hostil con los demás.....	1	2	3	4	5
9	Pedía a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.....	1	2	3	4	5
10	Acudía a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema.....	1	2	3	4	5
11	Me sentía indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.....	1	2	3	4	5
12	Agredía a algunas personas.....	1	2	3	4	5
13	Procuraba no pensar en el problema.....	1	2	3	4	5
14	Hacía frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.....	1	2	3	4	5
15	Me daba cuenta de que por mí mismo/a no podía hacer nada para resolver el problema.....	1	2	3	4	5
16	Experimentaba personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga».....	1	2	3	4	5
17	Me irritaba con alguna gente.....	1	2	3	4	5
18	Pedía a algún amigo/a o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir.....	1	2	3	4	5
19	Pensaba detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.....	1	2	3	4	5
20	Procuraba que algún familiar o amigo/a me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos.....	1	2	3	4	5
21	Acudía a la Iglesia a poner velas o rezar.....	1	2	3	4	5

	(0) Ninguna	(1) Una vez	(2) Dos veces	(3) Tres veces	(4) Cuatro veces o más	
<b>Durante los últimos doce meses, cuántas veces...</b>						
1	Ha realizado actividades o ejercicios intensos (por ejemplo, correr, jugar al fútbol, nadar, montar en bici, escalar montañas, bailar, etc.).....	0	1	2	3	4
2	Ha salido de su ciudad para disfrutar de vacaciones, viajar.....	0	1	2	3	4

Si desea añadir algún comentario:

.....

.....

.....

Por favor, asegúrese de que no ha dejado sin contestar ninguna pregunta. Agradecemos su participación (\*)

(\*) De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales y a través de la cumplimentación del presente cuestionario, Vd. presta su consentimiento para el tratamiento de estos datos con fines de investigación por parte de un equipo de profesores de la Universitat de València.

Mplus VERSION 6.11  
 MUTHEN & MUTHEN  
 04/06/2015 5:39 PM

## INPUT INSTRUCTIONS

TITLE: modelo latente completo PARA EXPLICAR SV

## DATA:

FILE IS Iwasama.dat;

## VARIABLE:

NAMES ARE EDAD SEXO ESTUD TIC1 TIC3 TIC4 DIENEM6 DIENEM7 DIENEM8  
 DIENEM9 DIENEM10 ESP1 ESP2 ESP3 ESP4 ESP5 ESP6 OCIO1 AUTONO ENMAS PEGMO  
 POME PUMPOSE SELFAC SF8 SCF1 SCF2 CAEF2 CAEF5 CAEF7 LUBBEN DUKE PANT;  
 MISSING IS ALL(999);  
 USEVARIABLES= ESTUD TIC1 TIC3 TIC4 DIENEM6 DIENEM7 DIENEM8  
 DIENEM9 DIENEM10 ESP1 ESP2 ESP3 ESP4 ESP5 ESP6 OCIO1 AUTONO ENMAS PEGMO  
 POME PUMPOSE SELFAC SF8 SCF1 SCF2 CAEF2 CAEF5 CAEF7 LUBBEN DUKE PANT;  
 CATEGORICAL ARE ESTUD TIC1 TIC3 TIC4 DIENEM6 DIENEM7 DIENEM8  
 DIENEM9 DIENEM10 ESP1 ESP2 ESP3 ESP4 ESP5 ESP6 OCIO1;

## ANALYSIS:

TYPE IS GENERAL;  
 ESTIMATOR IS WLSMV; !ESTIMACION ROBUSTA  
 ITERATIONS = 1000; !AUMENTA EL NÚMERO DE ITERACIONES

## MODEL:

SALUD BY SF8 SCF1 OCIO1;  
 COPING BY CAEF2 CAEF5 CAEF7;  
 SOCIAL BY LUBBEN DUKE PANT SCF2;  
 SPIRITU BY ESP1 ESP2 ESP3 ESP4 ESP5 ESP6;  
 COGNIT BY TIC1 TIC3 TIC4 ESTUD;  
 SATISFA BY DIENEM6 DIENEM7 DIENEM8 DIENEM9 DIENEM10;  
 WELBE BY AUTONO ENMAS PEGMO  
 POME PUMPOSE SELFAC;  
 SATISFA ON SALUD COPING SOCIAL SPIRITU COGNIT;  
 WELBE ON SALUD COPING SOCIAL SPIRITU COGNIT;

OUTPUT: SAMPSTAT TECH4 STDYX;

INPUT READING TERMINATED NORMALLY

modelo latente completo PARA EXPLICAR SV

## SUMMARY OF ANALYSIS

Number of groups	1
Number of observations	593
Number of dependent variables	31
Number of independent variables	0
Number of continuous latent variables	7
Observed dependent variables	

Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

```

Continuous
AUTOMO      ENMAS      PEGMO      POME      PURPOSE    SELFAC
SF8         SCF1       SCF2       CAEF2     CAEF5      CAEF7
LUBBEN     DUFE      PANT

Binary and ordered categorical (ordinal)
ESTUD      TIC1       TIC3       TIC4      DIENEM6    DIENEM7
DIENEM8    DIENEM9    DIENEM10   ESP1      ESP2       ESP3
ESP4       ESP5       ESP6       OCIO1

Continuous latent variables
SALUD      COPING     SOCIAL     SPIRITU   COGNIT     SATISFA
WELLBE
  
```

```

Estimator                                WLSMV
Maximum number of iterations              1000
Convergence criterion                     0.500D-04
Maximum number of steepest descent iterations 20
Maximum number of iterations for H1        2000
Convergence criterion for H1              0.100D-03
Parameterization                          DELTA
  
```

```

Input data file(s)
Iwasama.dat
  
```

```

Input data format FREE
  
```

SUMMARY OF DATA

```

Number of missing data patterns          80
  
```

COVARIANCE COVERAGE OF DATA

```

Minimum covariance coverage value 0.100
  
```

PROPORTION OF DATA PRESENT

	Covariance Coverage				
	ESTUD	TIC1	TIC3	TIC4	DIENEM6
ESTUD	0.966				
TIC1	0.966	1.000			
TIC3	0.966	1.000	1.000		
TIC4	0.966	1.000	1.000	1.000	
DIENEM6	0.939	0.971	0.971	0.971	0.971
DIENEM7	0.939	0.971	0.971	0.971	0.956
DIENEM8	0.929	0.963	0.963	0.963	0.946
DIENEM9	0.927	0.958	0.958	0.958	0.941
DIENEM10	0.941	0.973	0.973	0.973	0.956
ESP1	0.909	0.941	0.941	0.941	0.924
ESP2	0.906	0.938	0.938	0.938	0.922
ESP3	0.892	0.924	0.924	0.924	0.907
ESP4	0.892	0.924	0.924	0.924	0.911
ESP5	0.897	0.929	0.929	0.929	0.914
ESP6	0.916	0.946	0.946	0.946	0.929

OCIO1	0.914	0.941	0.941	0.941	0.917
AUTONO	0.933	0.960	0.960	0.960	0.939
ENMAS	0.927	0.954	0.954	0.954	0.934
PEGMO	0.927	0.954	0.954	0.954	0.936
POME	0.926	0.953	0.953	0.953	0.933
PURPOSE	0.931	0.958	0.958	0.958	0.938
SELFAC	0.933	0.960	0.960	0.960	0.939
SF8	0.965	0.998	0.998	0.998	0.971
SCF1	0.948	0.980	0.980	0.980	0.956
SCF2	0.949	0.981	0.981	0.981	0.958
CAEF2	0.922	0.949	0.949	0.949	0.927
CAEF5	0.912	0.939	0.939	0.939	0.917
CAEF7	0.914	0.941	0.941	0.941	0.919
LUBBEN	0.961	0.995	0.995	0.995	0.968
DUXE	0.953	0.987	0.987	0.987	0.968
FAMT	0.929	0.963	0.963	0.963	0.938

	Covariance Coverage				
	DIENEM7	DIENEM8	DIENEM9	DIENEM10	ESP1
DIENEM7	0.971				
DIENEM8	0.949	0.963			
DIENEM9	0.946	0.943	0.958		
DIENEM10	0.958	0.951	0.948	0.973	
ESP1	0.929	0.921	0.919	0.929	0.941
ESP2	0.924	0.917	0.917	0.926	0.926
ESP3	0.912	0.904	0.904	0.914	0.916
ESP4	0.911	0.906	0.902	0.911	0.914
ESP5	0.916	0.911	0.911	0.921	0.912
ESP6	0.931	0.921	0.919	0.934	0.929
OCIO1	0.921	0.914	0.911	0.919	0.897
AUTONO	0.941	0.936	0.933	0.944	0.912
ENMAS	0.936	0.933	0.929	0.941	0.911
PEGMO	0.938	0.931	0.927	0.939	0.912
POME	0.934	0.929	0.927	0.938	0.912
PURPOSE	0.939	0.934	0.931	0.943	0.914
SELFAC	0.941	0.936	0.933	0.944	0.916
SF8	0.971	0.963	0.958	0.973	0.941
SCF1	0.958	0.949	0.944	0.960	0.931
SCF2	0.960	0.951	0.946	0.961	0.931
CAEF2	0.931	0.922	0.921	0.933	0.906
CAEF5	0.921	0.916	0.914	0.922	0.899
CAEF7	0.924	0.917	0.916	0.924	0.899
LUBBEN	0.968	0.961	0.954	0.970	0.938
DUXE	0.968	0.960	0.954	0.970	0.939
FAMT	0.939	0.931	0.926	0.941	0.912

	Covariance Coverage				
	ESP2	ESP3	ESP4	ESP5	ESP6
ESP2	0.938				
ESP3	0.912	0.924			
ESP4	0.909	0.902	0.924		
ESP5	0.909	0.902	0.907	0.929	
ESP6	0.924	0.914	0.912	0.916	0.946
OCIO1	0.890	0.880	0.880	0.884	0.899
AUTONO	0.909	0.899	0.897	0.907	0.919
ENMAS	0.904	0.895	0.892	0.906	0.916



Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

PEGMO	0.907	0.897	0.894	0.906	0.917
POME	0.907	0.899	0.895	0.907	0.917
PUMPOSE	0.909	0.899	0.899	0.909	0.921
SELFAC	0.911	0.901	0.899	0.911	0.922
SF8	0.938	0.924	0.924	0.929	0.946
SCF1	0.927	0.912	0.914	0.919	0.934
SCF2	0.927	0.912	0.914	0.921	0.936
CAEF2	0.897	0.890	0.885	0.894	0.909
CAEF5	0.892	0.885	0.880	0.887	0.901
CAEF7	0.890	0.885	0.880	0.887	0.902
LUBBEN	0.936	0.921	0.922	0.927	0.943
DUFE	0.934	0.921	0.922	0.927	0.944
PANT	0.906	0.895	0.895	0.899	0.914

	Covariance Coverage				
	OCIO1	AUTONO	ENMAS	PEGMO	POME
OCIO1	0.941				
AUTONO	0.919	0.960			
ENMAS	0.914	0.951	0.954		
PEGMO	0.914	0.951	0.951	0.954	
POME	0.914	0.949	0.949	0.951	0.953
PUMPOSE	0.919	0.956	0.951	0.951	0.951
SELFAC	0.919	0.956	0.953	0.954	0.953
SF8	0.941	0.958	0.953	0.953	0.951
SCF1	0.926	0.949	0.946	0.946	0.944
SCF2	0.926	0.951	0.948	0.948	0.946
CAEF2	0.927	0.933	0.933	0.933	0.931
CAEF5	0.917	0.924	0.926	0.926	0.924
CAEF7	0.921	0.927	0.926	0.926	0.924
LUBBEN	0.938	0.958	0.953	0.953	0.951
DUFE	0.933	0.951	0.948	0.948	0.946
PANT	0.912	0.929	0.924	0.924	0.922

	Covariance Coverage				
	PUMPOSE	SELFAC	SF8	SCF1	SCF2
PUMPOSE	0.958				
SELFAC	0.956	0.960			
SF8	0.956	0.958	0.998		
SCF1	0.949	0.951	0.980	0.980	
SCF2	0.951	0.953	0.981	0.980	0.981
CAEF2	0.933	0.934	0.949	0.939	0.939
CAEF5	0.924	0.927	0.939	0.929	0.929
CAEF7	0.927	0.927	0.941	0.931	0.931
LUBBEN	0.956	0.958	0.995	0.980	0.981
DUFE	0.951	0.953	0.987	0.971	0.973
PANT	0.927	0.927	0.961	0.944	0.946

	Covariance Coverage				
	CAEF2	CAEF5	CAEF7	LUBBEN	DUFE
CAEF2	0.949				
CAEF5	0.936	0.939			
CAEF7	0.939	0.933	0.941		
LUBBEN	0.946	0.936	0.938	0.995	
DUFE	0.943	0.933	0.934	0.983	0.987

PART	0.921	0.912	0.914	0.958	0.953
------	-------	-------	-------	-------	-------

Covariance Coverage  
PART

PART	0.963
------	-------

## UNIVARIATE PROPORTIONS AND COUNTS FOR CATEGORICAL VARIABLES

ESTUD		
Category 1	0.003	2.000
Category 2	0.274	157.000
Category 3	0.400	229.000
Category 4	0.323	185.000
TIC1		
Category 1	0.265	157.000
Category 2	0.057	34.000
Category 3	0.130	77.000
Category 4	0.221	131.000
Category 5	0.327	194.000
TIC3		
Category 1	0.718	426.000
Category 2	0.027	16.000
Category 3	0.044	26.000
Category 4	0.074	44.000
Category 5	0.137	81.000
TIC4		
Category 1	0.696	413.000
Category 2	0.047	28.000
Category 3	0.056	33.000
Category 4	0.067	40.000
Category 5	0.133	79.000
DIENEM6		
Category 1	0.031	18.000
Category 2	0.123	71.000
Category 3	0.262	151.000
Category 4	0.347	200.000
Category 5	0.236	136.000
DIENEM7		
Category 1	0.026	15.000
Category 2	0.043	25.000
Category 3	0.222	128.000
Category 4	0.405	233.000
Category 5	0.304	175.000
DIENEM8		
Category 1	0.025	14.000
Category 2	0.070	40.000
Category 3	0.296	169.000
Category 4	0.363	207.000
Category 5	0.247	141.000
DIENEM9		
Category 1	0.023	13.000
Category 2	0.070	40.000
Category 3	0.283	161.000
Category 4	0.410	233.000
Category 5	0.213	121.000
DIENEM10		
Category 1	0.019	11.000

Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

Category 2	0.057	33.000
Category 3	0.201	116.000
Category 4	0.440	254.000
Category 5	0.282	163.000
ESP1		
Category 1	0.185	103.000
Category 2	0.124	69.000
Category 3	0.272	152.000
Category 4	0.258	144.000
Category 5	0.161	90.000
ESP2		
Category 1	0.171	95.000
Category 2	0.131	73.000
Category 3	0.277	154.000
Category 4	0.257	143.000
Category 5	0.164	91.000
ESP3		
Category 1	0.170	93.000
Category 2	0.131	72.000
Category 3	0.277	152.000
Category 4	0.270	148.000
Category 5	0.151	83.000
ESP4		
Category 1	0.182	100.000
Category 2	0.161	88.000
Category 3	0.294	161.000
Category 4	0.239	131.000
Category 5	0.124	68.000
ESP5		
Category 1	0.136	75.000
Category 2	0.123	68.000
Category 3	0.319	176.000
Category 4	0.294	162.000
Category 5	0.127	70.000
ESP6		
Category 1	0.191	107.000
Category 2	0.082	46.000
Category 3	0.225	126.000
Category 4	0.201	113.000
Category 5	0.301	169.000
OCI01		
Category 1	0.176	98.000
Category 2	0.038	21.000
Category 3	0.065	36.000
Category 4	0.108	60.000
Category 5	0.615	343.000

SAMPLE STATISTICS

ESTIMATED SAMPLE STATISTICS

	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS				
	ESTUD <sub>1</sub>	ESTUD <sub>2</sub>	ESTUD <sub>3</sub>	TIC1 <sub>1</sub>	TIC1 <sub>2</sub>
1	-2.698	-0.590	0.460	-0.629	-0.462



	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS TIC1 $\dagger$ 3	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS TIC1 $\dagger$ 4	TIC3 $\dagger$ 1	TIC3 $\dagger$ 2	TIC3 $\dagger$ 3
1	-0.121	0.448	0.578	0.660	0.804
	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS TIC3 $\dagger$ 4	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS TIC4 $\dagger$ 1	TIC4 $\dagger$ 2	TIC4 $\dagger$ 3	TIC4 $\dagger$ 4
1	1.096	0.514	0.655	0.839	1.111
	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS DIENEM6 $\dagger$	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS DIENEM6 $\dagger$	DIENEM6 $\dagger$	DIENEM6 $\dagger$	DIENEM7 $\dagger$
1	-1.863	-1.017	-0.210	0.719	-1.942
	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS DIENEM7 $\dagger$	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS DIENEM7 $\dagger$	DIENEM7 $\dagger$	DIENEM8 $\dagger$	DIENEM8 $\dagger$
1	-1.480	-0.549	0.513	-1.968	-1.313
	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS DIENEM8 $\dagger$	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS DIENEM8 $\dagger$	DIENEM9 $\dagger$	DIENEM9 $\dagger$	DIENEM9 $\dagger$
1	-0.278	0.684	-1.997	-1.321	-0.314
	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS DIENEM9 $\dagger$	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS DIENEM10	DIENEM10	DIENEM10	DIENEM10
1	0.796	-2.073	-1.431	-0.591	0.575
	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS ESP1 $\dagger$ 1	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS ESP1 $\dagger$ 2	ESP1 $\dagger$ 3	ESP1 $\dagger$ 4	ESP2 $\dagger$ 1
1	-0.898	-0.501	0.204	0.989	-0.951
	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS ESP2 $\dagger$ 2	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS ESP2 $\dagger$ 3	ESP2 $\dagger$ 4	ESP3 $\dagger$ 1	ESP3 $\dagger$ 2
1	-0.518	0.200	0.979	-0.955	-0.521
	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS ESP3 $\dagger$ 3	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS ESP3 $\dagger$ 4	ESP4 $\dagger$ 1	ESP4 $\dagger$ 2	ESP4 $\dagger$ 3
1	0.198	1.030	-0.906	-0.404	0.350
	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS ESP4 $\dagger$ 4	MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS ESP5 $\dagger$ 1	ESP5 $\dagger$ 2	ESP5 $\dagger$ 3	ESP5 $\dagger$ 4
1	1.155	-1.098	-0.645	0.199	1.140

Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS		ESP6		OCIO1	
	ESP6\$1	ESP6\$2	ESP6\$3	ESP6\$4	OCIO1\$1
1	-0.875	-0.605	-0.007	0.521	-0.932
MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS		OCIO1		AUTONO	
	OCIO1\$2	OCIO1\$3	OCIO1\$4	AUTONO	ENMAS
1	-0.795	-0.589	-0.292	3.479	3.520
MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS		PEGMO		PUNPOSE	
	PEGMO	POME	PUNPOSE	SELFAC	SF8
1	3.805	3.443	3.255	3.527	3.953
MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS		SCF1		SCF2	
	SCF1	SCF2	CAEF2	CAEF5	CAEF7
1	3.868	3.913	3.516	3.702	3.201
MEANS/INTERCEPTS/THRESHOLDS		LUBBEN		DUFE	
	LUBBEN	DUFE	PANT		
1	3.309	3.604	1.401		
CORRELATION MATRIX (WITH VARIANCES ON THE DIAGONAL)					
	ESTUD	TIC1	TIC3	TIC4	DIENEM6
ESTUD	0.302				
TIC1	0.162	0.370			
TIC3	0.168	0.225	0.380		
TIC4	-0.159	-0.088	-0.056	-0.055	
DIENEM6	-0.135	-0.021	-0.023	-0.008	0.798
DIENEM7	-0.212	-0.051	-0.058	0.052	0.778
DIENEM8	-0.138	-0.013	-0.001	0.064	0.633
DIENEM9	-0.126	-0.004	0.028	0.076	0.589
DIENEM10	-0.006	-0.150	-0.033	-0.042	0.250
ESP1	-0.003	-0.173	-0.021	-0.053	0.232
ESP2	0.020	-0.167	-0.018	-0.053	0.210
ESP3	0.004	-0.198	-0.023	-0.069	0.243
ESP4	-0.058	-0.180	-0.096	-0.068	0.193
ESP5	-0.065	-0.279	-0.103	-0.034	0.174
ESP6	0.065	0.244	0.127	0.126	0.063
OCIO1	0.080	0.017	-0.040	-0.036	0.119
AUTONO	0.063	0.109	0.063	0.008	0.253
ENMAS	0.093	0.145	0.047	0.092	0.142
PEGMO	0.092	0.182	0.128	0.137	0.088
POME	0.130	0.218	0.046	0.050	-0.010
PUNPOSE	0.073	0.052	0.105	0.023	0.414
SELFAC	0.008	0.060	0.052	0.102	0.211
SF8	0.038	0.116	0.170	0.052	0.172
SCF1	-0.062	-0.007	0.054	-0.005	0.312
SCF2	-0.037	0.012	0.016	0.022	0.206
CAEF2	0.005	0.084	0.125	0.028	0.233
CAEF5					

CAEF7	0.008	-0.004	0.060	-0.038	0.136
LUBBEN	0.003	0.054	0.093	0.152	0.202
DUKE	-0.041	-0.003	0.084	0.129	0.314
FAMT	0.041	-0.066	0.042	0.066	0.046

## CORRELATION MATRIX (WITH VARIANCES ON THE DIAGONAL)

	DIENEM7	DIENEM8	DIENEM9	DIENEM10	ESP1
DIENEM8	0.865				
DIENEM9	0.760	0.855			
DIENEM10	0.695	0.716	0.765		
ESP1	0.272	0.284	0.262	0.250	
ESP2	0.268	0.254	0.238	0.234	0.941
ESP3	0.268	0.253	0.234	0.252	0.936
ESP4	0.259	0.247	0.222	0.218	0.860
ESP5	0.187	0.212	0.168	0.254	0.605
ESP6	0.195	0.184	0.191	0.243	0.749
OCIO1	0.121	0.152	0.102	0.084	0.023
AUTONO	0.186	0.097	0.079	0.077	0.081
ENMAS	0.349	0.292	0.298	0.282	0.112
PEGMO	0.167	0.137	0.112	0.177	0.153
POME	0.117	0.080	0.068	0.118	0.099
PURPOSE	-0.046	-0.022	0.019	0.030	0.057
SELFAC	0.405	0.412	0.430	0.395	0.163
SF8	0.263	0.337	0.324	0.226	0.047
SCF1	0.226	0.258	0.245	0.225	0.181
SCF2	0.383	0.381	0.350	0.403	0.345
CAEF2	0.274	0.249	0.225	0.237	0.331
CAEF5	0.253	0.209	0.230	0.273	0.225
CAEF7	0.108	0.116	0.106	0.088	0.256
LUBBEN	0.272	0.242	0.220	0.271	0.282
DUKE	0.356	0.322	0.321	0.365	0.281
FAMT	0.028	0.017	0.005	0.006	0.093

## CORRELATION MATRIX (WITH VARIANCES ON THE DIAGONAL)

	ESP2	ESP3	ESP4	ESP5	ESP6
ESP3	0.977				
ESP4	0.884	0.889			
ESP5	0.585	0.595	0.633		
ESP6	0.749	0.750	0.740	0.576	
OCIO1	0.006	0.034	-0.004	-0.005	-0.034
AUTONO	0.016	0.049	0.063	0.074	-0.032
ENMAS	0.098	0.101	0.097	0.048	0.067
PEGMO	0.156	0.163	0.167	0.171	0.055
POME	0.039	0.058	0.034	0.086	0.017
PURPOSE	0.066	0.046	-0.011	0.053	-0.030
SELFAC	0.159	0.152	0.093	0.141	0.103
SF8	0.022	0.013	-0.022	-0.048	-0.028
SCF1	0.184	0.163	0.186	0.058	0.138
SCF2	0.330	0.324	0.334	0.293	0.239
CAEF2	0.332	0.329	0.305	0.220	0.234
CAEF5	0.233	0.214	0.190	0.183	0.109
CAEF7	0.245	0.265	0.269	0.259	0.204
LUBBEN	0.262	0.231	0.211	0.187	0.161
DUKE	0.252	0.235	0.224	0.207	0.178
FAMT	0.100	0.111	0.108	0.108	0.124

Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

CORRELATION MATRIX (WITH VARIANCES ON THE DIAGONAL)

	OCIO1	AUTONO	ENMAS	PEGMO	PORE
AUTONO	-0.136	0.312			
ENMAS	0.046	0.252	0.307		
PEGMO	0.171	0.169	0.295	0.369	
PORE	0.022	0.040	0.290	0.354	0.475
PUMPOSE	0.135	0.046	0.145	0.228	0.332
SELFAC	0.110	0.171	0.316	0.242	0.295
SF8	0.285	0.096	0.314	0.078	0.136
SCF1	0.390	0.024	0.182	0.157	0.043
SCF2	0.095	0.159	0.307	0.246	0.225
CAEF2	0.121	0.134	0.217	0.220	0.050
CAEF5	0.098	0.191	0.348	0.341	0.150
CAEF7	0.075	-0.007	0.072	0.194	0.105
LUBBEN	0.045	0.126	0.164	0.199	0.268
DUFE	0.082	0.117	0.197	0.204	0.217
PANT	-0.060	0.006	0.013	0.004	0.087

CORRELATION MATRIX (WITH VARIANCES ON THE DIAGONAL)

	PUMPOSE	SELFAC	SF8	SCF1	SCF2
PUMPOSE	0.517				
SELFAC	0.159	0.421			
SF8	0.110	0.292	0.508		
SCF1	0.055	0.121	0.219	0.566	
SCF2	0.033	0.278	0.203	0.414	0.540
CAEF2	-0.016	0.234	0.136	0.184	0.262
CAEF5	0.086	0.267	0.170	0.192	0.327
CAEF7	0.025	0.094	0.043	0.097	0.351
LUBBEN	0.134	0.234	0.119	0.121	0.530
DUFE	0.105	0.254	0.096	0.227	0.567
PANT	0.005	0.025	-0.055	-0.011	-0.033

CORRELATION MATRIX (WITH VARIANCES ON THE DIAGONAL)

	CAEF2	CAEF5	CAEF7	LUBBEN	DUFE
CAEF2	0.450				
CAEF5	0.523	0.421			
CAEF7	0.232	0.311	0.726		
LUBBEN	0.225	0.237	0.314	0.648	
DUFE	0.227	0.272	0.289	0.591	0.739
PANT	-0.003	0.013	-0.003	0.075	0.055

CORRELATION MATRIX (WITH VARIANCES ON THE DIAGONAL)

	PANT
PANT	1.015

THE MODEL ESTIMATION TERMINATED NORMALLY

MODEL FIT INFORMATION

Number of Free Parameters 145

## Chi-Square Test of Model Fit

Value	1026.710*
Degrees of Freedom	413
P-Value	0.0000

\* The chi-square value for MLM, MLMV, MLM, ULSMV, WLSM and WLSMV cannot be used

for chi-square difference testing in the regular way. MLM, MLM and WLSM chi-square difference testing is described on the Mplus website. MLMV, WLSMV, and ULSMV difference testing is done using the DIFFTEST option.

## RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation)

Estimate	0.050
90 Percent C.I.	0.046 0.054
Probability RMSEA $\leq$ .05	0.484

## CFI/TLI

CFI	0.991
TLI	0.990

## Chi-Square Test of Model Fit for the Baseline Model

Value	69050.058
Degrees of Freedom	465
P-Value	0.0000

## WMM (Weighted Root Mean Square Residual)

Value	1.325
-------	-------

## MODEL RESULTS

		Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value
SALUD	BY				
	SF8	1.000	0.000	999.000	999.000
	SCF1	1.161	0.166	6.976	0.000
	OCIO1	0.956	0.191	5.015	0.000
COPING	BY				
	CAEF2	1.000	0.000	999.000	999.000
	CAEF5	0.980	0.089	11.036	0.000
	CAEF7	0.930	0.123	7.557	0.000
SOCIAL	BY				
	LUBBEN	1.000	0.000	999.000	999.000
	DUKE	1.212	0.100	12.161	0.000
	PANT	0.141	0.098	1.437	0.151
	SCF2	1.223	0.095	12.934	0.000
SPIRITU	BY				

Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

ESP1	1.000	0.000	999.000	999.000
ESP2	1.039	0.005	204.330	0.000
ESP3	1.037	0.005	204.946	0.000
ESP4	0.949	0.008	124.640	0.000
ESP5	0.690	0.024	28.862	0.000
ESP6	0.821	0.019	43.260	0.000
COGNIT BY				
TIC1	1.000	0.000	999.000	999.000
TIC3	0.647	0.118	5.494	0.000
TIC4	0.494	0.108	4.578	0.000
ESTUD	0.484	0.091	5.328	0.000
SATISFA BY				
DIENEM6	1.000	0.000	999.000	999.000
DIENEM7	1.116	0.018	60.702	0.000
DIENEM8	1.154	0.018	62.961	0.000
DIENEM9	1.068	0.019	55.275	0.000
DIENEM10	0.973	0.023	41.993	0.000
WELLBE BY				
AUTONO	1.000	0.000	999.000	999.000
ENMAS	2.182	0.378	5.766	0.000
PEGNO	1.975	0.376	5.256	0.000
PONE	1.790	0.395	4.533	0.000
PURPOSE	1.000	0.260	3.841	0.000
SELFAC	2.880	0.533	5.399	0.000
SATISFA ON				
SALUD	0.825	0.178	4.624	0.000
COPING	0.088	0.135	0.652	0.515
SOCIAL	0.429	0.098	4.377	0.000
SPINITU	0.058	0.042	1.389	0.165
COGNIT	-0.238	0.073	-3.281	0.001
WELLBE ON				
SALUD	0.073	0.034	2.165	0.030
COPING	0.114	0.034	3.319	0.001
SOCIAL	0.085	0.024	3.598	0.000
SPINITU	-0.006	0.010	-0.595	0.552
COGNIT	0.038	0.017	2.217	0.027
COPING WITH				
SALUD	0.072	0.014	5.071	0.000
SOCIAL WITH				
SALUD	0.090	0.015	5.963	0.000
COPING	0.134	0.017	7.995	0.000
SPINITU WITH				
SALUD	0.057	0.022	2.572	0.010
COPING	0.189	0.023	8.214	0.000
SOCIAL	0.194	0.025	7.756	0.000
COGNIT WITH				
SALUD	0.094	0.023	4.092	0.000
COPING	0.026	0.023	1.127	0.260
SOCIAL	0.022	0.023	0.952	0.341
SPINITU	-0.149	0.041	-3.656	0.000

WELLBE WITH SATISFA	0.024	0.007	3.513	0.000
Intercepts				
AUTONO	3.479	0.023	148.662	0.000
ENMAS	3.520	0.024	149.613	0.000
PEGMO	3.805	0.026	149.032	0.000
POME	3.443	0.029	118.620	0.000
PUNPOSE	3.255	0.030	107.839	0.000
SELFAC	3.527	0.027	129.710	0.000
SF8	3.953	0.036	109.022	0.000
SCF1	3.868	0.036	107.072	0.000
SCF2	3.913	0.035	112.496	0.000
CAEF2	3.516	0.029	120.554	0.000
CAEF5	3.702	0.028	133.149	0.000
CAEF7	3.201	0.037	85.838	0.000
LUBBEN	3.309	0.035	94.268	0.000
DUFE	3.604	0.040	90.101	0.000
PANT	1.401	0.050	27.853	0.000
Thresholds				
ESTUD\$1	-2.698	0.235	-11.480	0.000
ESTUD\$2	-0.590	0.056	-10.577	0.000
ESTUD\$3	0.460	0.054	8.448	0.000
TIC1\$1	-0.629	0.055	-11.361	0.000
TIC1\$2	-0.462	0.054	-8.631	0.000
TIC1\$3	-0.121	0.052	-2.340	0.019
TIC1\$4	0.448	0.053	8.388	0.000
TIC3\$1	0.578	0.055	10.564	0.000
TIC3\$2	0.660	0.056	11.837	0.000
TIC3\$3	0.804	0.058	13.859	0.000
TIC3\$4	1.096	0.064	17.006	0.000
TIC4\$1	0.514	0.054	9.520	0.000
TIC4\$2	0.655	0.056	11.758	0.000
TIC4\$3	0.839	0.059	14.314	0.000
TIC4\$4	1.111	0.065	17.134	0.000
DIENEM\$1	-1.863	0.103	-18.084	0.000
DIENEM\$2	-1.017	0.063	-16.062	0.000
DIENEM\$3	-0.210	0.053	-3.997	0.000
DIENEM\$4	0.719	0.057	12.516	0.000
DIENEM7\$1	-1.942	0.110	-17.703	0.000
DIENEM7\$2	-1.480	0.079	-18.646	0.000
DIENEM7\$3	-0.549	0.055	-9.941	0.000
DIENEM7\$4	0.513	0.055	9.369	0.000
DIENEM8\$1	-1.968	0.113	-17.487	0.000
DIENEM8\$2	-1.313	0.073	-18.064	0.000
DIENEM8\$3	-0.278	0.053	-5.225	0.000
DIENEM8\$4	0.684	0.057	11.968	0.000
DIENEM9\$1	-1.997	0.116	-17.274	0.000
DIENEM9\$2	-1.321	0.073	-18.049	0.000
DIENEM9\$3	-0.314	0.054	-5.865	0.000
DIENEM9\$4	0.796	0.059	13.465	0.000
DIENEM10\$1	-2.073	0.122	-16.931	0.000
DIENEM10\$2	-1.431	0.077	-18.563	0.000
DIENEM10\$3	-0.591	0.056	-10.623	0.000
DIENEM10\$4	0.575	0.055	10.380	0.000
ESP1\$1	-0.898	0.062	-14.575	0.000
ESP1\$2	-0.501	0.056	-9.016	0.000
ESP1\$3	0.204	0.053	3.808	0.000
ESP1\$4	0.989	0.064	15.539	0.000

Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

ESP2φ1	-0.951	0.063	-15.121	0.000
ESP2φ2	-0.518	0.056	-9.282	0.000
ESP2φ3	0.200	0.054	3.730	0.000
ESP2φ4	0.979	0.064	15.415	0.000
ESP3φ1	-0.955	0.063	-15.059	0.000
ESP3φ2	-0.521	0.056	-9.264	0.000
ESP3φ3	0.198	0.054	3.671	0.000
ESP3φ4	1.030	0.065	15.786	0.000
ESP4φ1	-0.906	0.062	-14.532	0.000
ESP4φ2	-0.404	0.055	-7.326	0.000
ESP4φ3	0.350	0.055	6.394	0.000
ESP4φ4	1.155	0.069	16.793	0.000
ESP5φ1	-1.098	0.067	-16.410	0.000
ESP5φ2	-0.645	0.058	-11.189	0.000
ESP5φ3	0.199	0.054	3.704	0.000
ESP5φ4	1.140	0.068	16.736	0.000
ESP6φ1	-0.875	0.061	-14.352	0.000
ESP6φ2	-0.605	0.057	-10.685	0.000
ESP6φ3	-0.007	0.053	-0.127	0.899
ESP6φ4	0.521	0.056	9.366	0.000
OCIO1φ1	-0.932	0.062	-14.951	0.000
OCIO1φ2	-0.795	0.060	-13.336	0.000
OCIO1φ3	-0.589	0.057	-10.424	0.000
OCIO1φ4	-0.292	0.054	-5.411	0.000
Variances				
SALUD	0.155	0.032	4.853	0.000
COPING	0.195	0.026	7.458	0.000
SOCIAL	0.266	0.035	7.650	0.000
SPIRITU	0.905	0.009	104.236	0.000
COGNIT	0.606	0.106	5.742	0.000
Residual Variances				
AUTONO	0.287	0.015	18.635	0.000
ENMAS	0.192	0.015	13.199	0.000
PEGNO	0.275	0.016	17.166	0.000
POME	0.397	0.025	15.800	0.000
PURPOSE	0.493	0.028	17.344	0.000
SELFAC	0.221	0.023	9.579	0.000
SF8	0.353	0.031	11.222	0.000
SCF1	0.357	0.035	10.057	0.000
SCF2	0.143	0.026	5.512	0.000
CAEF2	0.255	0.021	12.158	0.000
CAEF5	0.234	0.019	12.073	0.000
CAEF7	0.558	0.042	13.270	0.000
LUBBEN	0.382	0.026	14.777	0.000
DUKE	0.349	0.035	10.063	0.000
PART	1.010	0.074	13.697	0.000
SATISFA	0.416	0.032	13.109	0.000
WELLBE	0.013	0.004	2.860	0.004

STANDARDIZED MODEL RESULTS

STDYK Standardization

	Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value
--	----------	------	-----------	-----------------------



SALUD BY					
SF8	0.553	0.050	11.076	0.000	
SCF1	0.608	0.049	12.299	0.000	
OCIO1	0.377	0.063	6.020	0.000	
COPING BY					
CAEF2	0.658	0.036	18.279	0.000	
CAEF5	0.667	0.036	18.587	0.000	
CAEF7	0.481	0.045	10.650	0.000	
SOCIAL BY					
LUBSEN	0.640	0.030	21.513	0.000	
DUNE	0.727	0.033	21.707	0.000	
PART	0.072	0.050	1.448	0.148	
SCF2	0.858	0.029	29.662	0.000	
SPIRITU BY					
ESP1	0.951	0.005	208.472	0.000	
ESP2	0.988	0.003	389.866	0.000	
ESP3	0.986	0.003	374.938	0.000	
ESP4	0.903	0.008	108.925	0.000	
ESP5	0.656	0.024	27.890	0.000	
ESP6	0.781	0.019	41.287	0.000	
COGNIT BY					
TIC1	0.778	0.068	11.484	0.000	
TIC3	0.504	0.065	7.696	0.000	
TIC4	0.385	0.069	5.588	0.000	
ESTUD	0.376	0.057	6.603	0.000	
SATISFA BY					
DIENEM6	0.820	0.014	59.784	0.000	
DIENEM7	0.915	0.010	90.878	0.000	
DIENEM8	0.947	0.006	148.062	0.000	
DIENEM9	0.876	0.012	73.738	0.000	
DIENEM10	0.798	0.018	44.573	0.000	
WELLBE BY					
AUTONO	0.278	0.046	6.097	0.000	
ENMAS	0.611	0.037	16.580	0.000	
PEGNO	0.504	0.037	13.576	0.000	
PORE	0.403	0.043	9.422	0.000	
PUMPOSE	0.216	0.043	4.983	0.000	
SELFAC	0.689	0.040	17.386	0.000	
SATISFA ON					
SALUD	0.396	0.072	5.499	0.000	
COPING	0.047	0.072	0.655	0.512	
SOCIAL	0.270	0.062	4.317	0.000	
SPIRITU	0.067	0.048	1.391	0.164	
COGNIT	-0.226	0.062	-3.624	0.000	
WELLBE ON					
SALUD	0.185	0.077	2.382	0.017	
COPING	0.326	0.076	4.283	0.000	
SOCIAL	0.281	0.064	4.374	0.000	
SPIRITU	-0.035	0.058	-0.596	0.551	
COGNIT	0.188	0.073	2.592	0.010	
COPING WITH					

Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

SALUD	0.412	0.066	6.200	0.000
SOCIAL WITH				
SALUD	0.444	0.055	8.021	0.000
COPING	0.591	0.045	13.208	0.000
SPIRITU WITH				
SALUD	0.151	0.058	2.610	0.009
COPING	0.451	0.043	10.477	0.000
SOCIAL	0.396	0.038	10.427	0.000
COGNIT WITH				
SALUD	0.306	0.072	4.260	0.000
COPING	0.076	0.068	1.127	0.260
SOCIAL	0.055	0.057	0.961	0.337
SPIRITU	-0.202	0.057	-3.551	0.000
WELLBE WITH				
SATISFA	0.326	0.064	5.067	0.000
Intercepts				
AUTONO	6.232	0.163	38.292	0.000
ENMAS	6.356	0.151	42.015	0.000
PEGMO	6.264	0.173	36.248	0.000
POME	4.998	0.163	30.695	0.000
PUMPOSE	4.527	0.136	33.370	0.000
SELFAC	5.438	0.171	31.860	0.000
SF8	5.545	0.154	36.025	0.000
SCF1	5.139	0.121	42.555	0.000
SCF2	5.324	0.124	43.076	0.000
CAEF2	5.243	0.127	41.278	0.000
CAEF5	5.708	0.168	34.030	0.000
CAEF7	3.756	0.121	31.069	0.000
LUBBEN	4.112	0.118	34.828	0.000
DUFE	4.194	0.117	35.814	0.000
PANT	1.391	0.089	15.702	0.000
Thresholds				
ESTUD\$1	-2.698	0.235	-11.480	0.000
ESTUD\$2	-0.590	0.056	-10.577	0.000
ESTUD\$3	0.460	0.054	8.448	0.000
TIC1\$1	-0.629	0.055	-11.361	0.000
TIC1\$2	-0.462	0.054	-8.631	0.000
TIC1\$3	-0.121	0.052	-2.340	0.019
TIC1\$4	0.448	0.053	8.388	0.000
TIC3\$1	0.578	0.055	10.564	0.000
TIC3\$2	0.660	0.056	11.837	0.000
TIC3\$3	0.804	0.058	13.859	0.000
TIC3\$4	1.096	0.064	17.006	0.000
TIC4\$1	0.514	0.054	9.520	0.000
TIC4\$2	0.655	0.056	11.758	0.000
TIC4\$3	0.839	0.059	14.314	0.000
TIC4\$4	1.111	0.065	17.134	0.000
DIENER6\$1	-1.863	0.103	-18.084	0.000
DIENER6\$2	-1.017	0.063	-16.062	0.000
DIENER6\$3	-0.210	0.053	-3.997	0.000
DIENER6\$4	0.719	0.057	12.516	0.000
DIENER7\$1	-1.942	0.110	-17.703	0.000
DIENER7\$2	-1.480	0.079	-18.646	0.000
DIENER7\$3	-0.549	0.055	-9.941	0.000

DIENEM7ç4	0.513	0.055	9.369	0.000
DIENEM8ç1	-1.968	0.113	-17.487	0.000
DIENEM8ç2	-1.313	0.073	-18.064	0.000
DIENEM8ç3	-0.278	0.053	-5.225	0.000
DIENEM8ç4	0.684	0.057	11.968	0.000
DIENEM9ç1	-1.997	0.116	-17.274	0.000
DIENEM9ç2	-1.321	0.073	-18.049	0.000
DIENEM9ç3	-0.314	0.054	-5.865	0.000
DIENEM9ç4	0.796	0.059	13.465	0.000
DIENEM10ç1	-2.073	0.122	-16.931	0.000
DIENEM10ç2	-1.431	0.077	-18.563	0.000
DIENEM10ç3	-0.591	0.056	-10.623	0.000
DIENEM10ç4	0.575	0.055	10.380	0.000
ESP1ç1	-0.898	0.062	-14.575	0.000
ESP1ç2	-0.501	0.056	-9.016	0.000
ESP1ç3	0.204	0.053	3.808	0.000
ESP1ç4	0.989	0.064	15.539	0.000
ESP2ç1	-0.951	0.063	-15.121	0.000
ESP2ç2	-0.518	0.056	-9.282	0.000
ESP2ç3	0.200	0.054	3.730	0.000
ESP2ç4	0.979	0.064	15.415	0.000
ESP3ç1	-0.955	0.063	-15.059	0.000
ESP3ç2	-0.521	0.056	-9.264	0.000
ESP3ç3	0.198	0.054	3.671	0.000
ESP3ç4	1.030	0.065	15.786	0.000
ESP4ç1	-0.906	0.062	-14.532	0.000
ESP4ç2	-0.404	0.055	-7.326	0.000
ESP4ç3	0.350	0.055	6.394	0.000
ESP4ç4	1.155	0.069	16.793	0.000
ESP5ç1	-1.098	0.067	-16.410	0.000
ESP5ç2	-0.645	0.058	-11.189	0.000
ESP5ç3	0.199	0.054	3.704	0.000
ESP5ç4	1.140	0.068	16.736	0.000
ESP6ç1	-0.875	0.061	-14.352	0.000
ESP6ç2	-0.605	0.057	-10.685	0.000
ESP6ç3	-0.007	0.053	-0.127	0.899
ESP6ç4	0.521	0.056	9.366	0.000
OCIO1ç1	-0.932	0.062	-14.951	0.000
OCIO1ç2	-0.795	0.060	-13.336	0.000
OCIO1ç3	-0.589	0.057	-10.424	0.000
OCIO1ç4	-0.292	0.054	-5.411	0.000
Variances				
SALUD	1.000	0.000	999.000	999.000
COPING	1.000	0.000	999.000	999.000
SOCIAL	1.000	0.000	999.000	999.000
SPINITU	1.000	0.000	999.000	999.000
COGNIT	1.000	0.000	999.000	999.000
Residual Variances				
AUTOMO	0.923	0.025	36.430	0.000
ENMAS	0.627	0.045	13.917	0.000
PEGNO	0.746	0.037	19.907	0.000
POME	0.838	0.034	24.285	0.000
PURPOSE	0.953	0.019	51.004	0.000
SELFAC	0.526	0.055	9.640	0.000
SF8	0.694	0.055	12.574	0.000
SCF1	0.630	0.060	10.475	0.000
SCF2	0.264	0.050	5.332	0.000
CAEF2	0.567	0.047	11.971	0.000

Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

CAEF5	0.556	0.048	11.620	0.000
CAEF7	0.768	0.044	17.651	0.000
LUBBEN	0.590	0.038	15.475	0.000
DUFE	0.472	0.049	9.706	0.000
PART	0.995	0.007	137.952	0.000
SATISFA	0.619	0.046	13.438	0.000
WELLBE	0.521	0.051	10.183	0.000

R-SQUARE

Observed Variable	Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value	Residual Variance
ESTUD	0.142	0.043	3.302	0.001	0.858
TIC1	0.606	0.106	5.742	0.000	0.394
TIC3	0.254	0.066	3.848	0.000	0.746
TIC4	0.148	0.053	2.794	0.005	0.852
DIENEM6	0.673	0.023	29.892	0.000	0.327
DIENEM7	0.838	0.018	45.439	0.000	0.162
DIENEM8	0.896	0.012	74.031	0.000	0.104
DIENEM9	0.767	0.021	36.869	0.000	0.233
DIENEM10	0.637	0.029	22.287	0.000	0.363
ESP1	0.905	0.009	104.236	0.000	0.095
ESP2	0.977	0.005	194.933	0.000	0.023
ESP3	0.973	0.005	187.469	0.000	0.027
ESP4	0.816	0.015	54.463	0.000	0.184
ESP5	0.430	0.031	13.945	0.000	0.570
ESP6	0.610	0.030	20.644	0.000	0.390
OCIO1	0.142	0.047	3.010	0.003	0.858
AUTONO	0.077	0.025	3.049	0.002	
ENMAS	0.373	0.045	8.290	0.000	
PEGNO	0.254	0.037	6.788	0.000	
PORE	0.162	0.034	4.711	0.000	
PUMPOSE	0.047	0.019	2.491	0.013	
SELFAC	0.474	0.055	8.693	0.000	
SFB	0.306	0.055	5.538	0.000	
SCF1	0.370	0.060	6.150	0.000	
SCF2	0.736	0.050	14.831	0.000	
CAEF2	0.433	0.047	9.140	0.000	
CAEF5	0.444	0.048	9.294	0.000	
CAEF7	0.232	0.044	5.325	0.000	
LUBBEN	0.410	0.038	10.756	0.000	
DUFE	0.528	0.049	10.854	0.000	
PART	0.005	0.007	0.724	0.469	

Latent Variable	Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value
SATISFA	0.381	0.046	8.275	0.000
WELLBE	0.479	0.051	9.353	0.000

QUALITY OF NUMERICAL RESULTS

Condition Number for the Information Matrix (ratio of smallest to largest eigenvalue) 0.950E-05

TECHNICAL 4 OUTPUT

ESTIMATES DERIVED FROM THE MODEL

ESTIMATED MEANS FOR THE LATENT VARIABLES					
	SALUD	COPING	SOCIAL	SPIRITU	COGNIT
1	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

ESTIMATED MEANS FOR THE LATENT VARIABLES	
	SATISFA
1	0.000

ESTIMATED COVARIANCE MATRIX FOR THE LATENT VARIABLES					
	SALUD	COPING	SOCIAL	SPIRITU	COGNIT
SALUD	0.155				
COPING	0.072	0.195			
SOCIAL	0.090	0.134	0.266		
SPIRITU	0.057	0.189	0.194	0.905	
COGNIT	0.094	0.026	0.022	-0.149	0.606
SATISFA	0.154	0.138	0.206	0.234	-0.064
WELLBE	0.030	0.039	0.044	0.031	0.035

ESTIMATED COVARIANCE MATRIX FOR THE LATENT VARIABLES	
	SATISFA
SATISFA	0.673
WELLBE	0.064

ESTIMATED CORRELATION MATRIX FOR THE LATENT VARIABLES					
	SALUD	COPING	SOCIAL	SPIRITU	COGNIT
SALUD	1.000				
COPING	0.412	1.000			
SOCIAL	0.444	0.591	1.000		
SPIRITU	0.151	0.451	0.396	1.000	
COGNIT	0.306	0.076	0.055	-0.202	1.000
SATISFA	0.476	0.383	0.488	0.300	-0.100
WELLBE	0.496	0.566	0.552	0.213	0.292

ESTIMATED CORRELATION MATRIX FOR THE LATENT VARIABLES	
	SATISFA
SATISFA	1.000
WELLBE	0.506

Beginning Time: 17:39:36  
 Ending Time: 17:39:38  
 Elapsed Time: 00:00:02

MUTHEN & MUTHEEN  
3463 Stoner Ave.  
Los Angeles, CA 90066

Tel: (310) 391-9971  
Fax: (310) 391-9971  
Web: [www.StatModel.com](http://www.StatModel.com)  
Support: [Support@StatModel.com](mailto:Support@StatModel.com)

Copyright (c) 1998-2011 Muthen & Muthen

# 9. ANEXOS A LA PARTE TEÓRICA





## Validación de un modelo de envejecimiento exitoso

La Vanguardia

<http://www.lavanguardia.com/local/valencia/20151015/54437251427/una-plataforma-de-investigacion-spoys-innovar-en-salud-y-en-calidad-de-vida.html>

El Mundo

<http://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2015/10/15/561f89ee46163f67588b45d3.html>

Las Provincias

<http://www.lasprovincias.es/agencias/valencia/201510/15/plataforma-investigacion-spoys-innovar-309379.html>

Valencia Noticias

<http://www.vicnoticias.com/se-presenta-en-el-botanico-la-iniciativa-vic-health-ecosystem/>

El Periódic

[http://www.elperiodic.com/valencia/noticias/398380\\_presents-botanico-iniciativa-health-ecosystem.html](http://www.elperiodic.com/valencia/noticias/398380_presents-botanico-iniciativa-health-ecosystem.html)

ECHalliance

<http://www.echalliance.com/valencia-health-ecosystem/>

Universitat de València (MediUni UV - vídeo)

<https://www.youtube.com/watch?v=28Eyer2T8WA>

Universitat de València (storyfy)

[https://storyfy.com/oper\\_uv/vic-health](https://storyfy.com/oper_uv/vic-health)

Universitat de València (web)

<http://www.uv.es/web/universitat/ca/lista-noticias/universitat-incliva-organitzen-hui-dijous-iniciativa-vic-health-ecosystem-1285846070123/Noticia.html?id=1287949244719>

Parc Científic de la Universitat de València

<http://www.pcuu.es/es/news-room/noticias-destacadas/2015/cluster salud>

INCLIVA

<http://www.incliva.es/actualidad/noticias/se-presenta-en-el-botanico-la-iniciativa-vic-health-ecosystem>

UPV (vídeo)

<http://www.upv.es/rtv/tv/actualidad-en-la-upv/33429>

<https://www.youtube.com/watch?v=XgWJikmQinE>

AERTE

<http://www.aerte.es/noticiasAmp.aspx?id=1290>

ESHORIZONTE2020

<http://www.eshorizonte2020.es/actualidad/eventos/vic-health-presentacion-del-futuro-ecosistema-de-salud-de-valencia>

BIOVAL

<http://www.bioval.org/2015/10/17/presentacion-del-futuro-ecosistema-de-salud-en-valencia/>

INNDEA-VIT SALUD

<http://www.vitsalud.es/?noticias=cooperacion-se-presenta-en-el-botanico-la-iniciativa-vic-health-ecosystem>



## **9.2. Referencias de la búsqueda sistemática**

**(Solo legible en CD)**