

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de Doctorado en Psicogerontología:

Perspectiva del Ciclo Vital



DETERMINANTES DEL BIENESTAR EN LA VEJEZ EN POBLACIÓN COLOMBIANA

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR: **María Fernanda Reyes Rodríguez**

DIRIGIDA POR: **Juan Carlos Meléndez Moral**

Valencia marzo de 2017

Agradecimientos

A Juan Pablo mi esposo por entenderme, apoyarme en todas mis decisiones y acompañarme en este camino. A mis padres quienes me han enseñado que debo soñar, luchar y trabajar duro para lograr lo que quiero, gracias por apoyarme siempre. A mis hermanas, gracias por su apoyo constante en lo que me propongo.

A Juan Carlos Meléndez infinitas gracias por creer en mí, apoyarme y entenderme, a pesar de la distancia tu asesoría y guía hizo que esto fuera posible, aprendí demasiado, creo que hicimos un gran equipo.

Quiero agradecer a la Universidad El Bosque y la Facultad de Psicología, quienes me apoyaron para lograr sacar adelante este proyecto. A las auxiliares de investigación, gracias al buen equipo que armamos logramos la meta. A todas las personas mayores que participaron y en especial a la señora Blanca Aparicio quien siempre estuvo dispuesta a apoyar el proyecto.

ÍNDICE

Prologo	1
Capítulo 1. Envejecimiento y vejez en Latinoamérica y el Caribe	5
1. Colombia: Envejecimiento y vejez.....	10
1.1. Marco legal colombiano respecto al envejecimiento y la vejez	15
Capítulo 2. Bienestar	17
1. Bienestar Subjetivo.....	22
1.1. Medición del Bienestar Subjetivo.....	27
2. Bienestar Psicológico	33
2.1. Auto-aceptación	35
2.2. Relaciones positivas con otros.....	35
2.3. Dominio del entorno	35
2.4. Autonomía	36
2.5. Propósito en la vida.....	36
2.6. Crecimiento personal.	36
3. Relación entre bienestar psicológico y bienestar subjetivo	41
Capítulo 3. Factores psicosociales asociados al Bienestar Subjetivo.....	45
1. Afrontamiento y bienestar subjetivo	47
1.1. Perspectiva basada en la respuesta.....	48
1.2. Perspectiva basada en el estímulo.....	50
1.3. Modelo transaccional del estrés	50
2. Resiliencia y bienestar subjetivo	63
2.1. El concepto de Resiliencia	64
2.2. Resiliencia, vejez y sus beneficios.....	76
3. Apoyo social y Bienestar.....	78
3.1. Fuentes de apoyo social en la vejez.....	83

4. Ingresos, Nivel Socio-económico, estado civil y Bienestar	85
4.1. Ingresos Económicos y Bienestar.....	86
4.2. Nivel socio-económico (NSE) y bienestar.....	90
Capítulo 4. Modelos de Bienestar en la vejez en Latinoamérica	95
1. Modelos de Bienestar y Cultura	101
1.1. Modelos de bienestar en la vejez en Latinoamérica	103
Capítulo 5. Objetivos e Hipótesis.....	107
1. Objetivo general	109
2. Objetivos específicos e hipótesis.....	109
2.1. Objetivo específico 1	109
2.2. Objetivo específico 2	110
2.3. Objetivo específico 3	111
2.4. Objetivo específico 4	111
2.5. Objetivo específico 5	112
Capítulo 6. Método.....	115
1. Participantes	117
2. Instrumentos	120
3. Procedimiento.....	127
3.1. Consideraciones éticas.....	127
4. Análisis de datos.....	128
Capítulo 6. Resultados.....	131
1. Estadísticos descriptivos.....	133
2. Resultados Univariados y Multivariados Bienestar subjetivo.....	135
2.1. Satisfacción con la vida	135
2.2. Dimensión afectiva del bienestar subjetivo	136
2.3. Resultados Multivariados: Bienestar Psicológico, sexo y edad.....	137
2.4. Resultados Multivariados: Afrontamiento, sexo y edad.....	138
3. Modelos de medida: Análisis Factorial Confirmatorio	139
3.1. Bienestar Subjetivo.....	139
3.2. Bienestar psicológico.....	141
3.3. Afrontamiento: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés – CAE	143

3.4. Resiliencia: Brief Resilience Scale - BRCS	145
3.5. Análisis factorial confirmatorio del Inventario NEO-FFI.	146
4. Modelo de Ecuaciones Estructurales: Bienestar subjetivo en la vejez	147
4.1. Estimación del Modelo estructural	149
Capítulo 7. Discusión	153
1. Conclusiones análisis de correlaciones	156
2. Conclusiones análisis inferencial: univariado y multivariado.....	157
3. Conclusiones Modelos de medida: Análisis Factorial Confirmatorio.....	160
3.1. Conclusiones AFC Medición Bienestar Subjetivo	161
3.2. Conclusiones AFC Escalas Bienestar Psicológico	164
3.3. Conclusiones AFC Cuestionario de Afrontamiento al Estrés.....	166
3.4. Conclusiones AFC Escala Breve de Resiliencia.....	167
3.5. Conclusiones AFC Inventario NEO-FFI	168
3.6. Conclusiones generales validez de constructo: AFC.....	170
4. Conclusiones para el modelo estructural: Determinantes de bienestar subjetivo	171
5. Limitaciones del estudio.....	181
Capítulo 8. Conclusiones.....	183
Capítulo 9. Referencias	189
Anexos.....	229

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proporción estimada de personas de 60 años y más en Centro América y Sur América para 2015, 2020 y 2040 (UNDESA, 2015b).	8
Figura 2. Pirámide poblacional colombiana 1950 – 2100.....	12
Figura 3. Modelo para la evaluación del bienestar subjetivo tomado de Eid.....	29
Figura 4. Dimensiones del bienestar psicológico y sus bases teóricas.....	37
Figura 5. Modelo de mejor ajuste del bienestar psicológico y el bienestar subjetivo.....	43
Figura 6. Síndrome General de Adaptación de Selye	49
Figura 7. Modelos de conceptualización la estructura jerárquica del afrontamiento.....	54
Figura 8. Modelo transaccional del afrontamiento.....	59
Figura 9. Modelo de conceptualización del afrontamiento flexible.....	61
Figura 10. Modelo de resiliencia de Richardson.....	67
Figura 11. Modelo de resiliencia para los muy mayores.....	70
Figura 12. Representación conceptual del proceso de resiliencia, experiencia de estrés, recursos y su impacto en el bienestar	71
Figura 13. Modelo de resiliencia de Mancini y Bonanno	73
Figura 14. Modelo ecológico de resiliencia	74
Figura 15. Modelo de resiliencia, esperanza y componente afectivo del BS.....	75
Figura 16. Modelo ecológico de resiliencia de personas mayores colombianas en situación de pobreza	77
Figura 17. Modelo capacidad de reserva.....	92
Figura 18. Modelo estructural de satisfacción en personas mayores españolas.....	102
Figura 19. Determinantes de bienestar de las personas mayores en situación de pobreza en Bogotá	105
Figura 20. Distribución grupos de edad por sexo.....	117
Figura 21. Distribución de la muestra por nivel educativo	118

Figura 22. Proporción de enfermedades de la muestra 119

Figura 23. Modelo inicial de determinantes de bienestar subjetivo en la vejez..... 148

Figura 24. Modelo final de predictores del bienestar subjetivo 152

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Modelo de Bienestar Psicológico.....	40
Tabla 2. Estrategias de afrontamiento propuestas por Carver.....	52
Tabla 3. Tres olas de investigación sobre resiliencia.....	64
Tabla 4. Resiliencia y resultados hipotéticos asociados.....	75
Tabla 5. Principales factores que definen el envejecimiento exitoso.....	100
Tabla 6. Lugar de vivienda y con quienes viven los participantes.....	119
Tabla 7. Medias y desviación estándar de las medidas.....	133
Tabla 8. Coeficientes de correlación.....	135
Tabla 9. Medias estimadas estrategias de afrontamiento según sexo.....	138
Tabla 10. AFC para escala de Satisfacción con la Vida y PANAS modelos originales.....	140
Tabla 11. Índices exactos y de aproximación para la validez de constructo para el modelo de medida original y el modificado del PANAS.....	140
Tabla 12. Cargas factoriales estandarizadas STDYX para las escalas de Satisfacción con la vida y del modelo modificado de la escala PANAS rasgo.....	141
Tabla 13. Índices exactos y de aproximación para la validez de constructo de Bienestar Psicológico.....	142
Tabla 14. Índices de ajuste escala Bienestar Psicológico modelo de medida original y modificado.....	142
Tabla 15. Cargas factoriales estandarizadas STDYX para la Escala de Bienestar Psicológico con cuatro dimensiones.....	142
Tabla 16. Índices exactos y de aproximación para la validez de constructo de CAE.....	143
Tabla 17. Índices modelo de medida original y modificados CAE.....	144
Tabla 18. Cargas factoriales estandarizadas STDYX para el Cuestionario de Afrontamiento CAE modelo modificado.....	144
Tabla 19. Índices de ajuste BRCS modelo original y modificado.....	145

Tabla 20. Cargas factoriales estandarizadas STDYX para Escala Breve de Resiliencia modelo modificado..... 146

Tabla 21. Índices de ajuste NEO modelo de primer orden 146

Tabla 22. Índices de ajuste NEO por cada factor 147

Tabla 23. Índices de ajuste del modelo inicial 149

Tabla 24. Índices de ajuste para los modelos estructurales..... 150

El incremento en la población mayor es un fenómeno mundial e inevitable. En América Latina el incremento de personas mayores no es tan preocupante como en algunos países europeos o Canadá, sin embargo esta región no es ajena a este fenómeno. Aún más, los países en desarrollo se encuentran en una transición demográfica y se espera que para el 2050 el 79% de la población mayor de 60 años en el mundo se encuentre en estas regiones (Organización de Naciones Unidas y Departamento de Asuntos Económicos – ONU-DESA 2007).

Colombia no difiere en esta transición, de hecho es uno de los países de la región que la está viviendo más rápidamente. Concretamente está en plena transición demográfica, puesto que se ha logrado un descenso en la mortalidad, leves reducciones de la fecundidad y aumento en la esperanza de vida al nacer, en este momento es de 74 años, 77 años para las mujeres y 70 años para los hombres (Dulcey-Ruiz, Arrubla y Sanabria, 2013; Profamilia, Ministerio de la Protección Social - MPS y USAID, 2010). Actualmente, el 10% de la población colombiana tiene de 60 años y más, y se estima que para el 2050 sea de cerca del 21% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2014; Profamilia, MPS y USAID, 2010).

La situación de vulnerabilidad de la población mayor en Latino América y específicamente en Colombia es preocupante. Las altas tasas de pobreza, la falta de oportunidades, escasez de proyectos dirigidos a esta población, así como la carencia de estándares para la formulación de políticas han mantenido a los mayores como una población excluida. Adicionalmente, las personas mayores no tienen facilidad para vincularse laboralmente, debido a la disminución de sus capacidades físicas correspondientes a la etapa del ciclo vital en que se encuentran; situación que es más dramática especialmente para aquellos que se dedican a oficios de mano de obra no calificada (construcción, mecánica, aseo y otros).

Tradicionalmente el envejecimiento de la población se ha evaluado como un impedimento para el desarrollo, sin tener en cuenta que este fenómeno demográfico debe ser considerado un éxito del desarrollo científico (Kinsella, 2009), sin lugar a duda en la historia de la humanidad se ha querido evitar la muerte (Fernández-Ballesteros, 2009). Es más, la vejez es una de las etapas en las que más tiempo vive el ser humano, por se está convirtiendo en la etapa de la vida en la que se deben brindar oportunidades para el desarrollo productivo y creativo. Sokolovsky (2009) asegura que la vejez debe dejar de ser vista como una etapa de fragilidad, carga y dependencia y empezar a considerarse como una segunda oportunidad que brinda la vida. Este mismo autor, resalta que es asombroso el apoyo social que brindan los mayores para el cuidado de los jóvenes, ayuda a los vecinos, amigos y la comunidad.

Por lo tanto, estudiar este fenómeno desde mirada demográfica e individual es primordial. Huenchan, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – CELADE y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2011) aseguran que debemos estudiar “el envejecimiento que experimenta la población y aquel que viven las personas” (p. 5). Especialmente para comprender a los mayores es esencial tener una mirada del envejecimiento y la vejez como una construcción socio-cultural, entender que no es uniforme, así como tener en cuenta el contexto histórico (Dulcey-Ruiz, 2015).

Por lo anterior, salir de estudiar la vejez solo desde una mirada patológica es fundamental. La aparición de la Psicología Positiva ha abierto un camino que facilita y motiva el interés por estudiar las virtudes humanas y las variables que determinan el bienestar.

Es por esto, que el estudio del bienestar es de gran relevancia en países como Colombia, pues la falta de investigación e interés en esta población ha hecho que los estándares de las políticas públicas dirigidas a generar bienestar en los mayores hayan estado basados especialmente en investigaciones realizadas en países desarrollados. Esta situación ha generado una inmensa necesidad de desarrollar estándares, conceptos, teorías y prácticas propias, que respondan verdaderamente al contexto social y cultural y no a las experiencias de países del primer mundo (Teo, 2009). Por tanto, explorar los determinantes de bienestar en esta población resulta fundamental.

Los factores que se relacionan con el bienestar se diferencian a través de las diferentes culturas (Triandis, 2000). Por ejemplo, se ha reportado que la satisfacción con la vida tiene un

patrón de U respecto a la edad, por lo que se ha considerado que hay una relación directamente proporcional entre satisfacción vital y edad (Sheldon y Kasser, 2001). Sin embargo, esto no es universal, ese patrón se ha observado en países occidentales desarrollados y es evidente que es susceptible a las culturas (Stephoe, Deaton y Stone, 2014). El último estudio mundial sobre felicidad (Helliwell, Layard y Sacs, 2015) reveló que en la mayoría de los países presentan una tendencia de declive en la satisfacción con la vida a mayor edad y que no todas las regiones muestran un patrón en forma de U. Los países que presentan este patrón están en las regiones del este de Asia, Norte América y Oceanía. Mientras que los países Latinoamericanos tienden a evaluarse satisfechos con la vida, sin embargo, este patrón disminuye con la edad (Helliwell et al., 2015).

El presente trabajo busca identificar que variables psico-sociales se asocian a un mayor bienestar en la vejez en una muestra colombiana. Este trabajo propone un modelo que busca establecer la relación de algunas variables psicosociales con la percepción subjetiva de bienestar, más no un modelo ideal de vejez. Este estudio se basa en el concepto de que la valoración del bienestar es subjetiva, lo que es fundamental para el contexto colombiano, debido a que el país no está preparado para el envejecimiento de su población y no brinda las posibilidades para que las personas elijan la forma en que envejecen. Por esto, tratar de identificar que genera bienestar y dar herramientas a los profesionales de las ciencias sociales y de la salud para facilitar este florecimiento es imprescindible (Martinson y Berridge, 2015).

Así el estudio del bienestar en el envejecimiento, se presenta como una variable fundamental con relación a la optimización de esta etapa del desarrollo. Concretamente en el contexto de personas mayores colombianas, desde el año 2009, las investigadoras Paula Altamar y María Fernanda Reyes, han orientado sus esfuerzos a estudiar el bienestar en la población mayor en situación en pobreza en Bogotá (Colombia), siendo uno de los principales objetivos poder determinar que significa bienestar en esta población para poder operacionalizarlo. La presente investigación al buscar identificar cuáles son los factores determinantes de bienestar subjetivo en la vejez y generará insumos valiosos, para validar los estándares internacionales, así como, herramientas guía para el monitoreo y ajuste de políticas públicas de vejez y envejecimiento en Colombia.

A nivel específico de la disciplina, la presente investigación, podrá llegar a brindar información valiosa para la práctica clínica, social y de salud, para que los profesionales puedan estructurar sus intervenciones basadas en información recolectada en población colombiana y no tener que aplicar modelos internacionales que no están contextualizados a nuestros mayores.

Capítulo 1

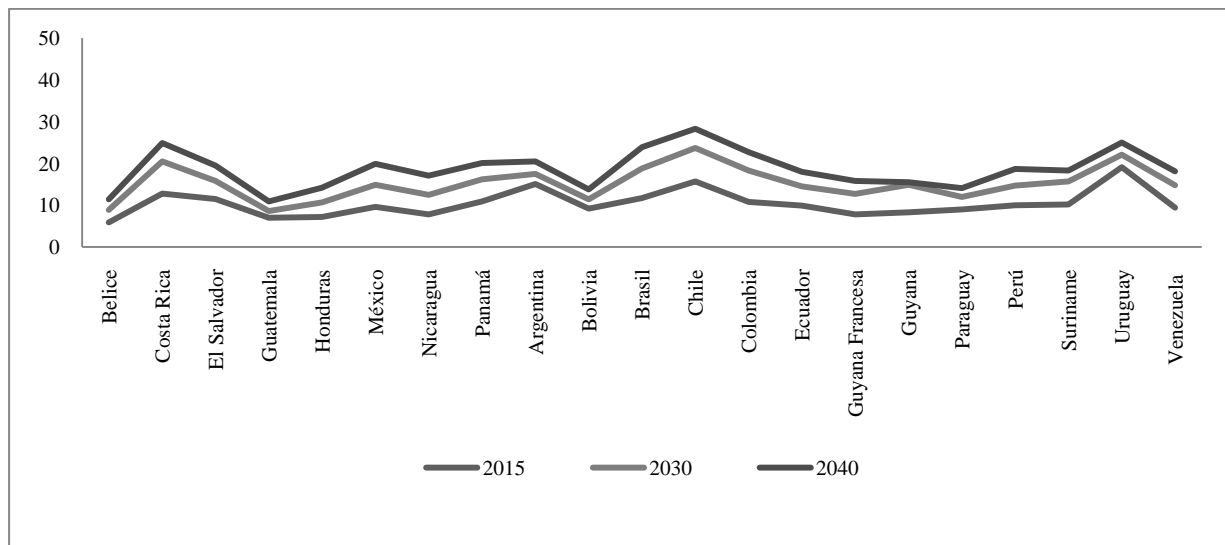
Envejecimiento y vejez en Latinoamérica y el Caribe

El rápido envejecimiento de la población es un fenómeno global, inevitable y duradero, que trae consigo múltiples implicaciones sociales, económicas y políticas. El estudio más reciente del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas - UNFPA y *HelpAge International* (2012) reportó que aproximadamente el 12% de la población tiene 60 años y más, y se espera que para el año 2050 esta población constituya un 21%. Este fenómeno ha tenido un crecimiento acelerado también en los países en desarrollo, se estima que para el 2050 el 79% de la población de 60 años y más vivirá en estas regiones (UNDESA, 2007; UNDESA, 2015a).

La región Latinoamericana y el Caribe no es ajena a esta transición, es más ha tenido un crecimiento más acelerado que los países desarrollados (Palloni y McEniry, 2007). Para el 2010 la base de la pirámide se ve más angosta y hay un aumento de personas mayores, en los países desarrollados este cambio tomó varias décadas, mientras que en esta región ha sido en menor tiempo. Por ejemplo, en Brasil y Colombia el aumento de personas de 65 años y más se dará en tan solo 20 años (Huenchan, 2013). Se estima que a nivel regional para el 2036 los mayores de 60 años sobrepasarán a los menores de 15 años y que para el 2050 la región tenga la misma proporción de personas mayores que actualmente tienen las regiones desarrolladas (UNFPA y *HelpAge International*, 2012; UNDESA, 2015a).

Latinoamérica es una región heterogénea, en donde existe un escenario social y demográfico diverso (ver Figura 1) (Redondo, 2009). Por ejemplo, Cuba y Martinica en el 2010 tenían una proporción de personas mayores similar a la de niños menores de 15 años, mientras que países como Bolivia, Guatemala, Haití, Belice, Honduras, Nicaragua y Paraguay la proporción de personas viejas estaba muy por debajo del promedio de la región (Huenchan, 2013; UNFPA y *HelpAge International*, 2012).

Figura 1. Proporción estimada de personas de 60 años y más en Centro América y Sur América para 2015, 2020 y 2040 (UNDESA, 2015b).



Como se observa en la Figura 1 desde el 2015 en Argentina, Chile y Uruguay es evidente la transición demográfica, en países como Costa Rica, México, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú, en el 2030 aumentará de una forma acelerada la población mayor; mientras que países como Belice, Honduras y Bolivia esta transición será más lenta. Por lo tanto, los países de la región a pesar de estar viviendo la transición demográfica, la velocidad y magnitud de esta es diversa (Redondo, 2009).

Latinoamérica es una región con altas inequidades y desigualdades sociales entre los grupos poblacionales, aunque esto varía significativamente según el país. A pesar de esta diversidad, la región comparte un contexto de desigualdad, debilidad institucional y baja cobertura en seguridad social para la población mayor (Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL / Centro Latinoamericano de Desarrollo, 2009; Palloni y McEniry, 2007; Redondo, 2009).

En la mayoría de países de la región la cobertura en pensiones a las personas mayores es insuficiente, se estima que en promedio solo el 40% recibe una jubilación o pensión, aunque en la región existen grandes diferencias, por ejemplo en Argentina la cobertura llega al 89%, Costa Rica, México y Panamá entre el 50-65%, Colombia, Venezuela, Perú y Ecuador entre el 20-40% y hay países que no alcanzan una cobertura del 20% como Paraguay, Nicaragua, Honduras y República Dominicana (Huenchan, 2013). Esta desigualdad en la seguridad social incrementa la probabilidad de que las personas mayores se encuentren en

riesgo y que futuras generaciones no puedan llegar a pensionarse. Otra de las dificultades que enfrentan los mayores está relacionada con los problemas de acceso y cobertura de los sistemas de salud (UNFPA y *HelpAge International*, 2012). Este panorama de desprotección económica en los adultos mayores hace que sean las familias quienes velen por la seguridad económica de la población mayor y que estos sean los principales proveedores de apoyo (CEPAL, 2010; Garay, Redondo y Montes de Oca, 2012).

Al igual que la tendencia mundial, en esta región las mujeres son la mayoría de las personas de edad. Según UNDESA (2015b) para el año 2015 en Latinoamérica y el Caribe el 10,7% de las personas de 60 años y más eran mujeres y el 8,9% hombres, y se estima que de los mayores de 90 años hay dos mujeres por cada hombre. Debido a su mayor esperanza de vida, las mujeres tienen mayor probabilidad de enviudar y vivir solas en las edades mayores (Huenchan, 2013). Los hombres y las mujeres experimentan la vejez de una manera diferente, en varias situaciones las mujeres mayores son más vulnerables a la discriminación, maltrato, pobreza, menor acceso a servicios de salud y a oportunidades laborales (Huenchan, CELADE y CEPAL, 2011; UNFPA y *HelpAge International*, 2012).

Según Palloni y McEniry (2007) el estudio SABE sobre salud y bienestar en Latinoamérica y el Caribe realizado en el 2004 en siete ciudades capitales de la región: Buenos Aires, Bridgetown (Barbados), San Paulo (Brasil), Santiago (Chile), Habana (Cuba), Ciudad de México (México) y Montevideo (Uruguay) reveló que especialmente las mujeres y las personas de mayor edad reportaron tener mala salud, además, se hallaron altos niveles de diabetes y obesidad. Este estudio resalta la heterogeneidad de la región, aunque señala además que en general existe una alta inequidad en ingresos y educación

La realidad demográfica en América Latina ha obligado a los países a realizar una planeación para el envejecimiento y las personas mayores desde un enfoque de derechos humanos (Huenchan et al., 2011). En el año 2003 se organizó la Estrategia Regional para la Implementación del Plan de Acción de Madrid, y en el 2007 en el marco de la Segunda Conferencia Regional se aprueba la Declaración de Brasilia en donde los países adquirieron compromisos para garantizar la protección social a las personas mayores basada en un enfoque de derechos (Huenchan, 2013; UNFPA y *HelpAge International*, 2012). Desde entonces se creó un grupo sobre envejecimiento que ha venido trabajando sobre los Derechos

de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe. En el 2012 a través de la Carta de San José, se determinó la hoja de ruta para la región (Huenchan, 2013).

Estos esfuerzos han permitido algunos logros, actualmente casi todos los países de la región cuentan con políticas públicas dirigidas a mejorar la seguridad económica de las personas mayores, sin embargo estas todavía no logran una cobertura completa y pocos países cuentan con una pensión de vejez (Redondo, 2009). Por lo tanto, Latinoamérica aún no se ha adaptado a la nueva composición demográfica, lo que ha hecho que las personas de edad se encuentren en riesgo de vivir en situación de pobreza, desigualdad, vulnerabilidad, desprotección y no logren gozar de sus derechos fundamentales simplemente por pertenecer a este grupo poblacional (Huenchan, 2013). Redondo (2009) asegura que en varios países de la región como Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Honduras y México una persona de 60 años y más tiene una mayor probabilidad de estar en situación de pobreza que una persona más joven.

Latinoamérica se encuentra en una etapa de bono demográfico, por lo tanto se enfrenta a un nuevo desafío, la sociedad y los gobiernos deben adaptarse a esta nueva situación a través de la formulación de políticas y estructura de los sistemas pensionales y de salud que den respuesta a las necesidades de las personas en edad avanzada y sus particularidades, aunque el tiempo es corto y algunos países de la región no tienen la capacidad monetaria ni estructural para afrontar esta transición demográfica (CEPAL, 2010; Huenchan, 2013).

1. Colombia: Envejecimiento y vejez.

Colombia es un país multiétnico y multicultural con una población aproximada de 47.682.326 habitantes (49.4% hombres, 50.6% mujeres). Está ubicado al norte de Suramérica en un área geográfica de 1.141.748 Km², dividido en 32 departamentos, su capital es Bogotá. Es frontera con Panamá, Ecuador, Perú, Brasil y Venezuela, y el idioma oficial es el castellano (DANE, 2014). Colombia es uno de los países con mayor biodiversidad según área geográfica en el mundo. Colombia es catalogada un país de ingreso medio-alto, con un PIB de U.S. \$ 378,1 mil millones; en 2015 se reportó un crecimiento económico del 3%. Actualmente, Colombia

es considerada la cuarta nación con mayor crecimiento económico en la región Sudamericana (World Bank, 2016).

A pesar de ser un país favorecido en su bio-diversidad Colombia tiene una historia atravesada por la violencia, asociada a grupos alzados en armas, guerrillas y narcotráfico. Especialmente la producción y tráfico de drogas ha generado consecuencias negativas en el país a nivel económico, ambiental, social y político. Esta problemática está asociada a violencia, corrupción y crimen organizado. Debido al narcotráfico Colombia ha sido uno de los grandes involucrados en la Guerra Contra las Drogas, la que ha traído logros importantes en la reducción de la oferta, sin embargo no se ha mostrado eficaz para reducir el impacto social, en el agro, economía, seguridad y desarrollo del país, más bien ha generado costos sociales, violencia y pérdida de vidas humanas (Camacho, 2006).

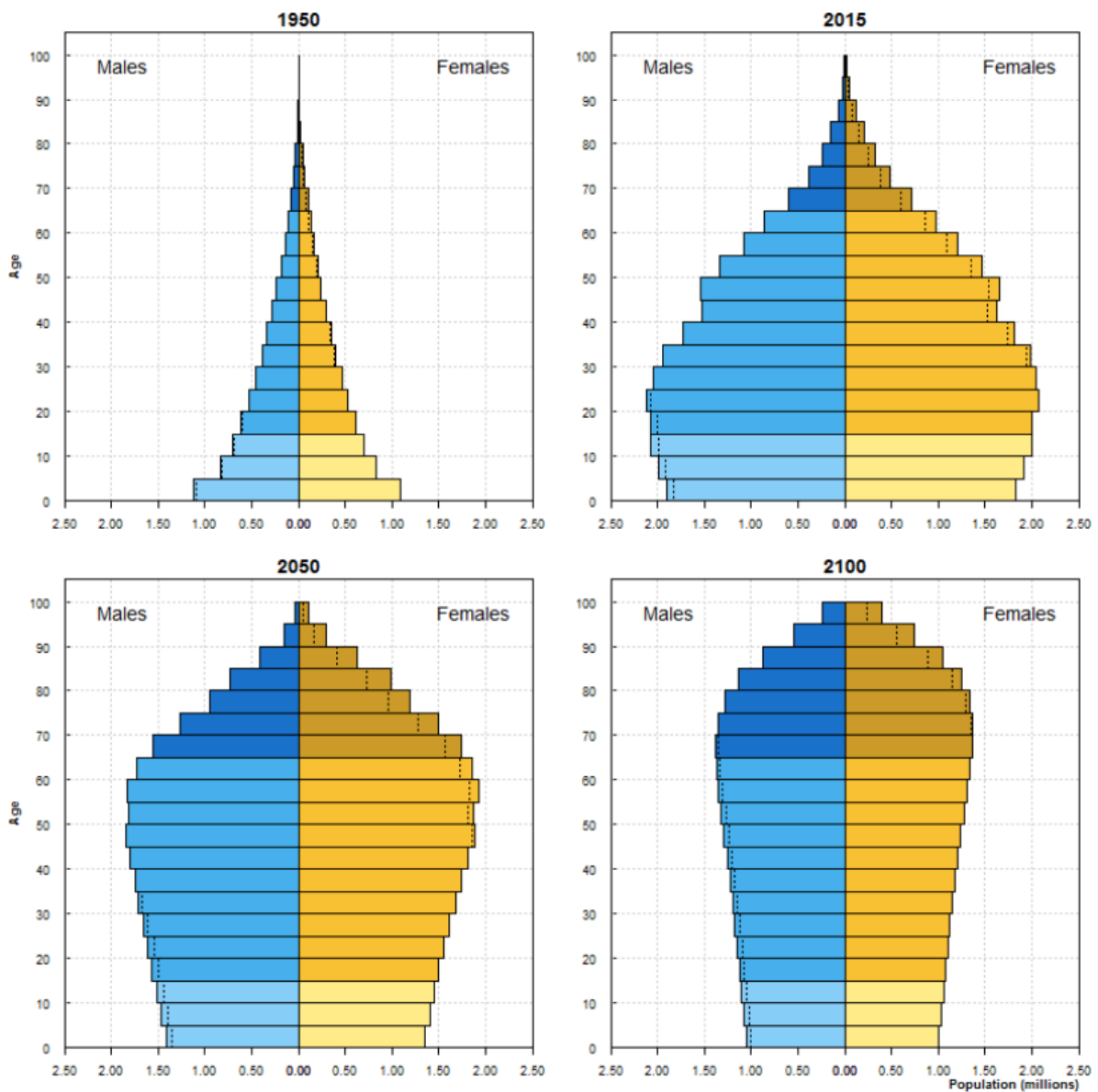
Colombia es un país con una importante desigualdad social y pobreza. Según el DANE (2016) para el año 2015 el 20,2% de la población se encontraba en situación de pobreza multidimensional, el 27,8% en situación de pobreza monetaria y el 7,9% en pobreza monetaria extrema. Existe una alta desigualdad según territorios, por ejemplo el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (2014) reportó que había territorios con tasas de pobreza entre 11% al 60%. Esta evidente desigualdad también se puede observar en el coeficiente de Gini que para el 2015 fue de 0,522 (DANE, 2016). Sin embargo, el panorama no es tan desalentador, la CEPAL (2010) aseguró que Colombia es uno de los pocos países de la región que ha aumentado sus ingresos y gastos. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (2014) reportó que en los últimos 10 años Colombia ha reducido la pobreza monetaria en cerca de 20 puntos porcentuales y ha cumplido con los objetivos del milenio de cobertura en educación básica, reforestación y avances importante en la disminución del desempleo.

Colombia se encuentra viviendo una oportunidad demográfica, porque está en plena transición. Como se mencionó en el prólogo, el país actualmente cuenta con menores tasas de mortalidad, leves reducciones de la fecundidad y aumento en la esperanza de vida (Dulcey-Ruiz et al., 2013; Profamilia et al., 2010).

En los últimos 30 años Colombia ha aumentado en un 52% su población, pasó de tener 31 millones de personas en 1985 a 48 millones en el 2015, el mayor crecimiento poblacional

se ha observado en los grupos de 60 años y más (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015). En la figura 2 se puede observar las estimaciones de cambios en la pirámide poblacional colombiana desde 1950 hasta 2100.

Figura 2. Pirámide poblacional colombiana 1950 – 2100 (UNDESA, 2015). Tomado de: Tomado de: <http://esa.un.org/unpd/wpp/Graphs/DemographicProfiles/>



Como se observa en los cambios de la pirámide poblacional de la figura 2, el subgrupo de edad más dinámico es el de los muy mayores y en el 2015 ya se nota un ensanchamiento importante de la población mayor especialmente en las mujeres, para el 2015 el 11,8% de la población mayor son mujeres y el 9,9% hombres (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015; UNDESA, 2015).

Esta transición demográfica no ha sido igual en todo el territorio nacional. Es importante resaltar que en los años 80`s la proporción de población de adultos mayores era mayor en zonas rurales que urbanas (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015). Actualmente esta proporción ha mostrado cambios, en las zonas urbanas con mayor desarrollo y cobertura en seguridad social se concentra una alta proporción de población mayor, sin embargo las zonas rurales están más envejecidas. Este fenómeno puede explicarse por la migración interna, en donde los jóvenes de zonas rurales buscan oportunidades en las grandes ciudades, también está asociado a la historia de conflicto armado en el país el que ha generado desplazamiento forzado de todos los grupos poblacionales hacia las cabeceras municipales (Dulcey-Ruiz et al., 2013).

En Colombia, al igual que en la mayoría de países, hay una alta proporción de hogares en donde el jefe del hogar es una persona mayor. En el año 2010 aproximadamente en el 31% de los hogares había presencia de una persona mayor. En el contexto colombiano las personas mayores juegan un rol importante en las familias, se estima que uno de cada cuatro hogares es liderado por un adulto de 60 años o más (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015).

Desafortunadamente las condiciones de vida de las personas mayores en Colombia son preocupantes, tan solo el 30,5% está pensionada, alrededor del 37% recibe subsidios del estado y se estima que el 40% vive en condiciones de pobreza (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015; Profamilia et al., 2010).

Según la encuesta ENDS el 77.8% de los hogares con hombres y el 74.5% con mujeres mayores perciben que los ingresos son insuficientes. Este informe afirma que cerca del 80% de las personas de más de 59 años trabajan por necesidad y debido a las escasas oportunidades de empleo formal, la mayoría trabaja en condiciones de informalidad y baja remuneración (Dulcey-Ruiz et al., 2014). Respecto a los subsidios del estado, a partir de la Ley 797 de 2003 surgió del Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM). Este programa busca aumentar los recursos a la población más vulnerable. En el 2012 fue reemplazado por el programa Colombia Mayor (Ministerio del Trabajo, 2013).

En cuanto a las condiciones de vivienda y entornos físicos, existe una desigualdad en la cobertura de servicios públicos, pues no en todos los territorios es del 100% (Dulcey-Ruiz

et al., 2013). En cuanto a la infraestructura, Colombia se encuentra atrasada en la planeación de espacios especialmente en áreas urbanas incluyentes para todas las edades.

Aún más preocupante los datos son los que revelan que las personas mayores son víctimas de algún tipo de violencia. Esta problemática genera graves consecuencias emocionales a los individuos, la familia y la sociedad. El informe del Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2013) reportó que en el año 2012 se denunciaron 13464 casos de violencia contra el adulto mayor, lo que corresponde al 2% de los casos reportados de violencia intra-familiar en el país durante ese año. Este informe reveló que la mayoría de las víctimas son mujeres sin pareja, y los hombres casados o en unión libre. Por otro lado, el informe refiere que el 100% de los agresores eran familiares (Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2013).

Respecto al nivel educativo, en Colombia cerca del 60% de los mayores tienen estudios de educación primaria, tan solo el 20% ha realizado estudios de secundaria o bachillerato, menos del 9% cuenta con estudios universitarios y algo más el 10% no ha atendido a educación formal. Estos porcentajes varían por territorio y por área urbana o rural. Como es de esperar en las áreas rurales las personas sin educación duplican a las personas del área urbana (Dulcey-Ruiz, 2013; Profamilia et al., 2010).

Colombia es un país que a pesar de estar viviendo la transición demográfica no está preparada para enfrentarla, frente a esto Dulcey-Ruiz et al. (2013) aseguran:

“Colombia está en mora de establecer y desarrollar políticas, planes y programas contextualizados, diferenciados y con perspectiva de futuro, sin dejar de tener en cuenta el presente. Políticas y planes que incluyan el proceso de envejecimiento poblacional, como hecho inédito, silencioso, novedoso, pero impostergable de enfrentar, entendiendo que la ventana demográfica que vive actualmente Colombia no puede seguirse desaprovechando” (p. 67).

1.1. Marco legal colombiano respecto al envejecimiento y la vejez.

En 1975 se promulgó la primera ley orientada a proteger a la población mayor, en 1976 aparece el área de geriatría en el Ministerio de Salud, el cual propone un Plan Nacional de Atención Integral a la Tercera Edad en Colombia, el cual se fue perfeccionando hasta 1986, este plan brindó la línea técnica hasta 1991, que es cuando nace la nueva Constitución en Colombia. Esta Constitución establece que el estado, la sociedad y la familia tienen la obligación de proteger y asistir a los mayores y el estado deberá garantizar una seguridad social integral.

Seguido de la constitución se hace una reforma al sistema pensional y empiezan a aparecer proyectos dirigidos a esta población en diferentes agencias del estado (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010; Dulcey-Ruiz et al., 2014). Entre 1995 a 1997 se establecen lineamientos para la formulación de una política social de envejecimiento y vejez y se realiza seguimiento. En los años siguientes aparecen diversas publicaciones sobre los retos y el estado actual de la población mayor, lo que fue especialmente motivado por la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Madrid en el 2002 (Dulcey-Ruiz et al., 2013), hasta el 2007 que se sanciona la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 - 2019 por el Ministerio de la Protección Social. De ahí en adelante, Bogotá formula la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010) y empieza a aparecer en varios planes de desarrollo, sin embargo, el tema sigue siendo excluido de la agenda política.

Capítulo 2
Bienestar

El bienestar es un constructo complejo y controversial, debido a que pretende definir lo que constituye una “buena vida”. Ha tenido múltiples definiciones que han abierto un espacio para la ambigüedad (Henriques, Kleinman y Asselin, 2014). Por lo tanto, la forma en que se concibe puede tener implicaciones en las políticas, a nivel económico y en general en la sociedad (Ryan y Deci, 2001). El bienestar ha sido abordado desde disciplinas económicas, sociales y políticas, se ha estudiado como una mirada colectiva o de asistencia social (*welfare*) o como un proceso individual, que es un concepto diferente del *welfare*, aunque interdependiente (Taylor, 2011).

Durante milenios se ha planteado la pregunta sobre ¿qué es una vida ideal o ‘la vida buena’? Los filósofos Griegos clásicos denominaban a la ‘vida buena’ *virtud*’ (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; Haybron, 2008), la cual era considerada como la excelencia, el máximo de una persona, su ‘*daimon*’ (Waterman, 1990, 1993). Según Waterman (1990) Aristóteles proponía que “los individuos tienen la responsabilidad de reconocer y vivir de acuerdo a su ‘*daimon*’ o ‘verdadero yo’. El ‘*daimon*’ se refiere a las potencialidades de cada persona, la realización de lo que representa el máximo cumplimiento de la forma de vivir que una persona es capaz” (p. 39-40.).

Este interrogante sobre ¿qué es una vida buena? tiene que ver con el bienestar, el florecimiento, el ‘*welfare*’ y la eudaimonia. Las teorías filosóficas contemporáneas sobre bienestar están relacionadas con las teorías antiguas de eudaimonia. Algunos filósofos afirman que el bienestar es un tema psicológico y que el único ingrediente es un estado mental, aunque otros aseguran que el bienestar no puede depender de la mente, si no que ésta es solo uno de sus componentes (Haybron, 2008).

Comúnmente se ha denominado felicidad al bienestar, y esta se ha propuesto como el objetivo definitivo del funcionamiento humano (Waterman, Schwartz y Conti, 2008). Sin embargo, la *felicidad* tiene varios significados. En la literatura filosófica se ha usado como

sinónimo de bienestar y se entiende como el juicio que hacen las personas acerca de sus vidas. Desde la Psicología la felicidad se concibe como un estado mental del individuo referido a ‘ser feliz’; por lo que este significado en la mirada del bienestar debe diferenciarse del estado de ánimo ‘sentirse feliz’ (Haybron, 2008). Ryff y Singer (2008) aseveran que el problema de enmarcar el bienestar como felicidad es que hacen equivalentes la hedonia con la eudaimonia, conceptos que son diferentes según la propuesta Aristotélica acerca de las diferencias entre la satisfacción y los deseos.

Los filósofos se refieren comúnmente a dos tipos de la felicidad, una explicada por las teorías hedonistas y otra por la satisfacción con la vida (Haybron, 2008; Waterman, 1993; Waterman et al., 2008). No obstante, las posturas aristotélicas aseguraban que bienestar es diferente de felicidad y lo definen como la *eudaimonia*, que es entendida como la vida deseada, se refiere a la experiencia de auto-realización y expresividad personal (Waterman, 1990). La esencia de la *eudaimonia* de “esforzarse hacia la excelencia basada en su potencial único” (Ryff y Singer, 2008).

Ahora bien, dentro de la literatura sobre bienestar individual existe una postura enfática que asegura que el bienestar va más allá de una mirada hedonista, es decir de la “felicidad”, porque no debe dejar de lado la auto-realización (Waterman, 1990) y la satisfacción con la vida (Deci y Ryan 2008; *Panel on Measuring Subjective Well-Being in a Policy-Relevant Framework, Committee on National Statistics, Division on Behavioral and Social Sciences and Education y National Research Council*, 2013).

En general han predominado dos corrientes en el estudio del bienestar individual, una que enfatiza en el hedonismo o felicidad y otra en la eudaimonia o auto realización (Disabato, Goodman, Kashdan, Short y Jarden, 2016; Ong y Bergeman, 2004; Ryan y Deci, 2001; Deci y Ryan 2008). La corriente *hedonista* se refiere al componente experiencial del bienestar, que está relacionado con la frecuencia e intensidad de experimentar emociones positivas y negativas (Haybron, 2008; *Panel on Measuring Subjective Well-Being in a Policy-Relevant Framework, Committee on National Statistics, Division on Behavioral and Social Sciences and Education y National Research Council*, 2013). Mientras que la corriente *eudaimónica* (Waterman, 1993) se refiere según Deci y Ryan (2008) al “proceso de realización, de desarrollo de potencialidades y de vivir como se espera vivir” (p. 2).

La mirada *hedonista* ve el bienestar desde un enfoque de placer y felicidad subjetiva, que incluye la evaluación de los elementos buenos o malos de la vida (Ryan y Deci, 2001; Waterman et al., 2008). Quienes han adoptado este enfoque, aseguran que la felicidad no se reduce a un placer físico, sino que también se relaciona con la tranquilidad emocional y cognoscitiva, así como con el cumplimiento de metas dirigida al desarrollo de lo mejor de sí mismo (Huta y Ryan, 2010). Este enfoque reconoce que el bienestar es altamente idiosincrático y culturalmente específico (Ryan y Deci, 2001).

La mirada de la *eudaimonia* refiere que el bienestar no se puede reducir al cumplimiento deseos y a una felicidad hedonista. Este enfoque considera que el bienestar se relaciona con un funcionamiento psicológico óptimo (Waterman, 1990, 1993). Deci y Ryan (2008) afirman que “el bienestar no es solo un resultado o un estado, es un proceso de realización, de desarrollo de potencialidades, de vivir como se espera vivir” (p. 2). Esta perspectiva diferencia enfáticamente el bienestar de la felicidad, propone que no necesariamente todos los deseos se pueden lograr y que no todo lo que una persona desea genera bienestar (Deci y Ryan, 2008; Ryan y Deci, 2001). La *eudaimonia* es comúnmente asociada a la propuesta de Aristóteles sobre la “buena vida”. Según Ryff y Singer (2008) la concepción de Aristóteles se refería al logro de la auto-realización la que depende de las capacidades y potencialidades de cada uno.

Para Waterman (1990, 1993) la *eudaimonia* es la auto-realización que se logra a través del cumplimiento de las potencialidades individuales, las que denomina ‘*expresividad personal*’. Este autor asegura que la expresividad personal y el disfrute hedónico son interdependientes, porque hay actividades que involucran expresividad personal y disfrute hedónico, aunque a veces son altas en uno y bajas en otro (Waterman, 1993).

Waterman (1993) afirma que existe una relación entre la expresividad personal y el disfrute hedónico con la frecuencia e importancia de las actividades. Él ha encontrado que aquellas actividades que estaban asociadas con expresividad personal involucraban un alto esfuerzo, actividades en donde las personas se sentían retadas, competentes, con altos niveles de concentración y metas claras. Mientras que con el placer hedónico se asoció con aquellas en donde se sintieron relajados, contentos y olvidándose de problemas personales (Waterman, 1993, Waterman et al., 2008).

Para este autor mientras el disfrute hedonista se refiera a cualquier actividad que genera placer acompañada de la satisfacción de las necesidades, así sean físicas, intelectuales o sociales se relaciona con la expresividad personal (Waterman, 1993, Waterman et al., 2008). Por lo tanto, el nivel de expresividad personal de una actividad depende de la medida en que esta sea percibida como la oportunidad para el desarrollo de potencialidades. Así mismo, hay más actividades que generan disfrute hedónico que expresividad personal, por lo tanto la eudaimonia es suficiente sin embargo no es una condición necesaria para experimentar disfrute hedónico (Waterman et al., 2008).

Estas dos corrientes han dado como resultado desde la psicología dos grandes perspectivas teóricas del bienestar, una es el bienestar subjetivo (Diener, 2000) que se asocia a la hedonia y la otra es el bienestar psicológico (Ryff, 1989) que se asocia a la eudaimonia y la autodeterminación (Ryan y Deci, 2000).

Sin embargo, algunos autores han cuestionado esta división del bienestar (Coyne, 2013; Disabato, Goodman, Kashdan, Short y Jarden, 2016; Kashdan, Biswas-Diener y King, 2008). Disabato et al. (2016) evaluaron si la hedonia y eudaimonia eran un solo constructo o dos diferentes. Usaron los datos del estudio internacional sobre bienestar realizado en 109 países (incluido Colombia). Los resultados muestran que el modelo de dos factores separados es el que revela mejores índices de ajuste. Sin embargo, las diferencias entre el modelo de un factor versus dos factores son mínimas, por lo que aseguran que hay una baja validez discriminante entre estos dos conceptos y que están altamente relacionados.

1. Bienestar Subjetivo.

El enfoque hedónico se ha asociado comúnmente al bienestar subjetivo (Triandis, 2000), aunque hay una correlación entre el hedonismo y la eudaimonia. El hedonismo es considerado el componente experiencial del bienestar y la eudaimonia el componente evaluativo del bienestar (*Panel on Measuring Subjective Well-Being in a Policy-Relevant Framework*,

Committee on National Statistics, Division on Behavioral and Social Sciences and Education y National Research Council, 2013; Ryan y Deci, 2001).

Desde esta perspectiva el bienestar considerado subjetivo (BS) se refiere a la evaluación general que las personas hacen de sí mismos y el grado en que experimentan un sentido de bienestar (Deci y Ryan, 2008). El BS tiene varios componentes, los cuales no son completamente interdependientes sino que se superponen (*Panel on Measuring Subjective Well-Being in a Policy-Relevant Framework, Committee on National Statistics, Division on Behavioral and Social Sciences and Education y National Research Council, 2013*).

Diener, quien es uno de los principales investigadores del BS, en 1984 publicó un artículo titulado “*Subjective well-being*” y desde entonces se inició un amplio estudio del BS alrededor del mundo. Según Diener (2000) el BS es la evaluación que hace el individuo sobre la satisfacción con su vida y el balance entre el afecto positivo y el afecto negativo. Diener (1984) propone que el BS está compuesto por: (a) satisfacción con la vida, (b) afecto positivo frecuente; y, (c) afecto negativo poco frecuente.

Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), aseguran que el bienestar subjetivo es una categoría que incluye las respuestas emocionales de las personas, dominios y juicios globales de satisfacción con la vida. Las respuestas emocionales las incluyen con base en que el afecto puede ser clasificado como positivo o negativo, y refieren que debe ser estudiado tanto el estado de ánimo que generalmente tiene el individuo y el que presentó recientemente. Estos autores, recomiendan los estados de ánimo a largo plazo, o también llamados de rasgo, son los que se deben tener especialmente en cuenta para el estudio del bienestar. De manera similar Veenhoven (1991) asegura que el bienestar es la medida en que la persona está a gusto con su vida, por esto define el bienestar subjetivo como el grado en que una persona evalúa su vida en términos positivos a nivel general. Para este autor el individuo realiza este juicio involucrando componentes afectivos y cognitivos.

Comúnmente el bienestar subjetivo divide los tres componentes de Diener en dos: un componente cognoscitivo y uno afectivo (Deci y Ryan, 2008; Diener et al., 1999; Meléndez, Tomás, Oliver y Navarro, 2009; Schimmack, 2008). El componente cognitivo se basa en las creencias y actitudes acerca de su propia vida (Schimmack, 2008), es más estable en el tiempo, se refiere al juicio que merece a la persona su trayectoria evolutiva, es decir, lo que

tradicionalmente se ha denominado satisfacción vital. El componente emocional o afectivo, se relaciona con los sentimientos de placer y displacer (afectos positivos y afectos negativos) que experimenta la persona, y que comprendería entre otros el concepto de felicidad. Por tanto, se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas, de si se están dirigiendo hacia una vida deseada y a las conclusiones cognitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia (Diener, 2012).

Estos dos grandes componentes del BS parecen estar relacionados, se ha encontrado que las personas que tienen experiencias emocionales positivas tienen una mayor probabilidad de percibir la vida como satisfactoria (Diener, 1984; Veenhoven, 1991). Sin embargo, algunos autores como Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000) han enfatizado en que cada componente debe ser evaluado por separado debido a que cambian a lo largo de la vida y tienen patrones diferentes. De manera similar Pavot y Diener (1993) refieren que su evaluación debe ser realizada individualmente por tres razones: debido a que las personas pueden identificar aspectos negativos de sus vidas de manera independiente a las reacciones emocionales, porque las reacciones afectivas son generalmente respuestas de corta duración mientras que la satisfacción con la vida tiene un patrón más estable, y porque la valoración cognoscitiva sobre la vida tiene en cuenta criterios objetivos conscientes, mientras que el componente afectivo refleja motivos inconscientes influidos por estados corporales. No obstante, estos autores no desconocen que ambos componentes están relacionados y dependen de una apreciación evaluativa.

Desde siempre ha existido un interés en definir qué es lo que genera eso que llamamos *bienestar*. Diener et al. (1999) refieren que está determinado por factores externos e internos, estos últimos median el impacto del ambiente o contexto en el bienestar subjetivo de las personas. Actualmente los determinantes que más se han explorado son el temperamento, las cogniciones, las metas y los esfuerzos de adaptación para hacer frente a las circunstancias de la vida y los factores socio-culturales.

Los estudios iniciales sobre bienestar subjetivo se realizaron en países desarrollados y poco se sabía de la posible influencia cultural (Diener, 2012). Sin embargo, hace más de una década se iniciaron estudios transculturales que pusieron en evidencia que los factores que predicen el bienestar varían a través de las culturas (Diener, 2000; Dolan, Peasgood y

White, 2008; Triandis, 2000) y que existen algunos que parecen ser universales (Diener, 2012; Tay y Diener, 2011).

La evaluación de la satisfacción con la vida está determinada en gran medida por los estándares sociales, dado que las personas realizan una comparación de sus vidas con las de sus pares y las normas sociales (Diener, 2012). Los factores socio-culturales como ingresos, igualdad, individualismo, heterogeneidad cultural y derechos influyen de manera más fuerte en los aspectos cognoscitivos-valorativos que en los afectivos del bienestar (Diener, Diener y Diener, 1995; Diener, 2000).

Actualmente se reconoce que la evaluación del bienestar está influida por el contexto socio-cultural, es por esto que la flexibilidad o rigurosidad de las normas implícitas en una sociedad influyen en la forma en que los individuos evalúan su bienestar (Triandis, 2000). Por ejemplo, las personas que viven en sociedades con una alta rigurosidad en sus normas, tienen una menor percepción de bienestar debido a que el cumplimiento de los estándares esperados les genera ansiedad (Diener y Diener, 1995; Triandis, 2000).

En el estudio del bienestar se han comparado comúnmente las culturas individualistas vs las colectivistas. En las individualistas (aquellas en donde las metas individuales son más importantes que las metas colectivas) el bienestar está asociado con mayor autoestima, auto-determinación, optimismo y control del ambiente; y en menor medida con el apoyo social (Diener y Diener, 1995; Diener, 2000; Triandis, 2000). En las culturas colectivistas las personas están dispuestas a sacrificar sus deseos por el bienestar de los otros y la autoestima no es un factor relacionado con la satisfacción con la vida (Diener, 2000). Las culturas colectivistas se caracterizan por contar con redes de apoyo sólidas que facilitan el afrontamiento a situaciones adversas (Triandis, 2000). Sin embargo, pueden existir factores determinantes de bienestar que son universales, como los ingresos, nivel socio-económico, personalidad y apoyo social (Diener y Diener, 1995; Schimmack, Radhakrishnan, Oishi, Dzokoto y Ahadi, 2002).

Dentro de los determinantes del bienestar subjetivo, que parecen ser transversales a todas las culturas, están las necesidades básicas, que se asocian especialmente con la satisfacción con la vida; aunque la deprivación de estas necesidades se asocia con altos niveles de afecto negativo en varias regiones del mundo. Además, la percepción de respeto y

necesidades sociales se asocian con el afecto positivo y la autonomía con menor afecto negativo (Tay y Diener, 2011). Tay y Diener (2011) aseguraron que las relaciones sociales, autonomía y dominio del ambiente se asocian especialmente con el componente afectivo del BS en varias culturas alrededor del mundo.

Trabajos recientes, como los desarrollados por Windle, Markland y Woods (2008) o Tomás, Sancho, Meléndez y Mayordomo (2012), han señalado que los recursos psicológicos son predictores de bienestar. Por ejemplo, la resiliencia que es la capacidad de adaptación y afrontamiento a la adversidad, es considerada un factor protector por su impacto positivo en la salud, bienestar y calidad de vida (Windle et al., 2008). Así, Windle et al. (2008) proponen que el bienestar subjetivo está determinado además de recursos psicológicos por aspectos como la vivienda, funcionamiento físico, apoyo social y estado civil. En este modelo, proponen que el control ambiental es una variable mediadora de bienestar cuando las personas presentan dificultades físicas y en su vivienda. Por su parte, Tomás et al. (2012) mediante modelos de ecuaciones estructurales, analizan la capacidad predictiva de la resiliencia para el bienestar psicológico.

Otro determinante de bienestar es la realización de actividades, esta variable parece estar relacionada particularmente con la satisfacción vital, la felicidad, el aumento de la autoestima y la longevidad (Fernández–Ballesteros, 2009), es además uno de los elementos fundamentales en la medida de la reserva cognitiva, aspecto central en el mantenimiento de las funciones cognitivas con la edad que se plantea como una variable fundamental para la consecución de adecuados niveles de bienestar.

También, se ha demostrado que la personalidad es otro de los predictores de bienestar subjetivo (Fernández–Ballesteros, 2009). Por ejemplo, las personas extrovertidas manifiestan mayor afecto positivo (Diener, Oishi y Lucas, 2003; Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002). Además, se han identificado otras características personales vinculadas con el bienestar psicológico, entre ellas: poseer un nivel adecuado de autoestima y autoeficacia (Benight y Bandura, 2004), tener la habilidad para adaptarse a las exigencias de una situación imprevista o novedosa, ser tolerante a la frustración, poder manejar adecuadamente el estrés, demostrar capacidad afiliativa y de iniciativa, ser optimista, poseer objetivos vitales y proyecto de vida (Ong, Bergeman y Boker, 2009).

Por otro lado, se ha señalado que los adultos mayores que asisten a la iglesia a menudo y rezan con frecuencia tienden a tener una mayor satisfacción con la vida (Krause, 2003). De este modo, la religiosidad puede ejercer una influencia positiva en el bienestar, puesto que ayuda a las personas mayores a hacer frente al estrés con mayor eficacia. De forma más específica, se ha observado que la religiosidad aumenta con la edad, de este modo, el aumento de esta variable permite la búsqueda de un significado más amplio y un propósito en la vida, así mismo, contribuye a tratar con más eficacia los problemas físicos y mentales que conllevan cambios en la salud (Krause, 2003).

1.1. Medición del Bienestar Subjetivo.

El Panel de *Measuring Subjective Well-Being in a Policy-Relevant Framework*, *Committee on National Statistics, Division on Behavioral and Social Sciences and Education* y *National Research Council* (2013) refiere que la medición del BS debe ser pensada en términos de un continuo, en donde se evalúe lo experiencial, referido a estados emocionales en un periodo de tiempo cercano, y una evaluación general de la satisfacción con la vida.

Para comprender el BS es fundamental evaluar el componente cognoscitivo y afectivo, existe evidencia de que ambas dimensiones se correlacionan positivamente (Schimmack, 2008), aunque varía la fuerza de la correlación dependiendo de la importancia que el individuo le dé al afecto en el momento de evaluar la satisfacción con la vida. Por esto, para comprender el bienestar subjetivo es fundamental evaluar tanto la satisfacción con la vida, como el afecto positivo (AP) y afecto negativo (AN) además que se exploren las causas que afectan a cada una de manera independiente y conjunta (Schimmack, 2008).

Como se mencionó anteriormente, Pavot y Diener (1993) reconocen la convergencia de los dos componentes, pero resaltan la importancia de evaluarlos individualmente. Estos autores estudiaron las características psicométricas la escala de satisfacción con la vida de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) como herramienta para evaluar el componente cognoscitivo del bienestar a nivel global en diversas poblaciones en el mundo. Al analizar los resultados comprobaron que está compuesta por un solo factor y que la satisfacción con la vida en las personas tiene una estabilidad moderada en lo largo del tiempo, aunque cambia de frente a posibles eventos vitales estresantes.

La medición de cuanto un individuo experimenta emociones positivas y negativas es la forma más frecuente de evaluar la dimensión afectiva del BS. Kuppens, Realo y Diener (2008), recomiendan evaluar la frecuencia con la que se experimentan emociones positivas y negativas más no la intensidad. Las teorías estructurales del bienestar subjetivo asumen que el AP y AN son independientes, sin embargo, en algunas ocasiones pueden relacionarse. Esto indica que no necesariamente un individuo con alto AP tiene bajo AN y viceversa (Kuppens et al., 2008), es por esto que es necesario tener un criterio de tiempo para su evaluación. Según Watson, Clark y Tellegen (1988) el afecto es disposicional (rasgo) o situacional (estado), por esta razón proponen que la evaluación debe contemplar una evaluación general o de rasgo y una situacional o de estado.

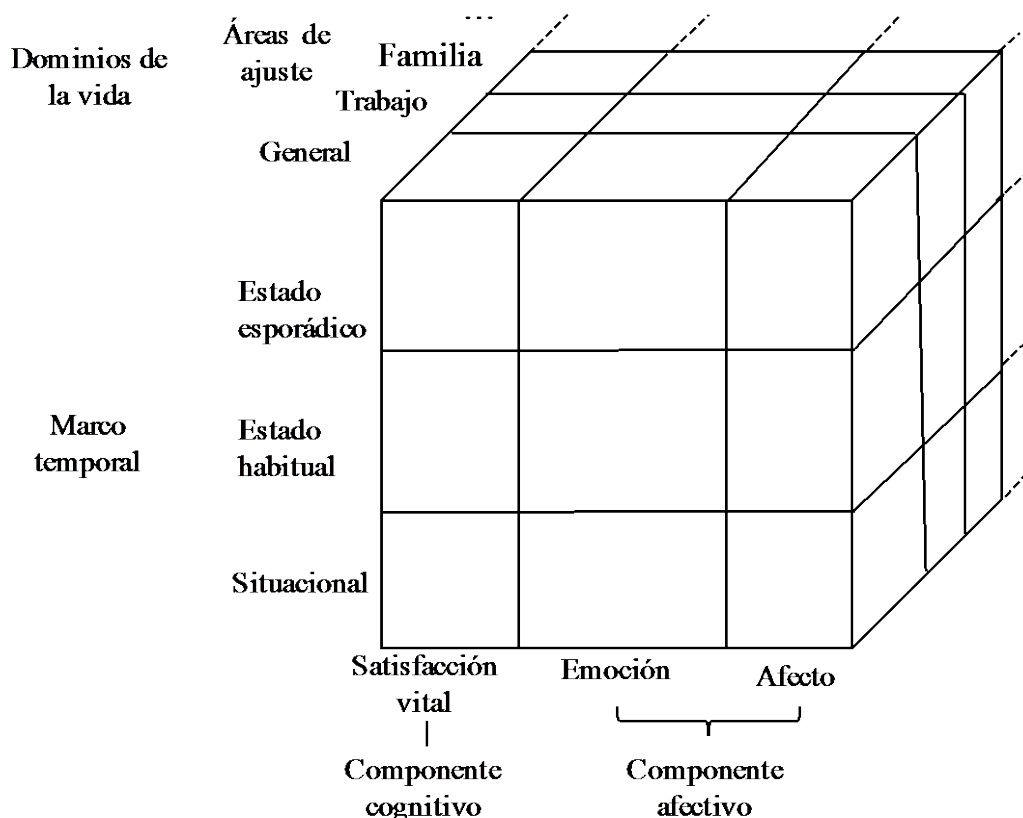
Oishi, Diener y Lucas (2007), aseguran que cantidades apropiadas de afecto negativo puede traer consecuencias positivas, porque algunas emociones que tienden a ser evitadas son necesarias para evitar situaciones peligrosas y pueden motivar a las personas a modificar su vida. Por otra parte, parece ser que extremos niveles de afecto positivo puede traer consecuencias negativas porque puede influir en que las personas no eviten situaciones problemáticas o estén en una zona de confort, lo que puede ser un impedimento para que realicen cambios positivos en la vida o consigan un desarrollo y crecimiento personal fuera de su zona de confort. No obstante, esto varía según individuos y las circunstancias de su vida.

La relación entre la satisfacción con la vida y las emociones positivas y negativas se ha demostrado en diversas regiones del mundo, aunque se reportan algunas diferencias que dependen de los valores culturales de los países. Por ejemplo, en países individualistas las emociones negativas afectan en mayor proporción la evaluación de la satisfacción vital comparado con naciones colectivistas (Kuppens et al., 2008). Aunque aún más importante, es que se ha demostrado que las sociedades en donde las emociones positivas tiene un alto reconocimiento dentro de su esquema de valores, estas tienen un mayor tamaño en efecto sobre la satisfacción con sus vidas, mientras que la experiencia de emociones negativas puede generar implicaciones negativas para el bienestar (Bastian, Kuppens, De Roover y Diener, 2014).

Eid (2008), propone un modelo de evaluación del bienestar subjetivo basado en el propuesto por Lischetzke y Eid (2006) citado por Eid (2008). Este modelo se basa en la

conceptualización del bienestar subjetivo de Diener (2000), por lo tanto, tiene en cuenta los componentes afectivos y cognoscitivos del BS, diferencia el estado afectivo habitual o de rasgo del esporádico, así como la evaluación global de la vida de la valoración por áreas de ajuste. En la figura 3 se presenta el modelo.

Figura 3. Modelo para la evaluación del bienestar subjetivo tomado de Eid (2008, p. 142).



El modelo de Eid (2008) presentado en la Figura 3 propone que para la evaluación se deben tener en cuenta los tres ejes del cubo y que cada uno de los cubos más pequeños representa uno de los aspectos que puede ser de mayor interés. Eid asegura que este modelo al integrar la evaluación del bienestar subjetivo a nivel global y por dominios específicos, lidia con el problema de que existen diferencias interindividuales e intra-individuales.

Ahora bien, a pesar del declive en diferentes funciones observado en los adultos mayores, existe evidencia de que el componente afectivo del bienestar parece no afectarse en la vejez (Cheng, 2004; Ong y Bergeman, 2004). Una amplia evidencia demuestra que las personas mayores reportan altos niveles de bienestar emocional (Charles, Charles, Piazza y Piazza, 2009; Kunzmann y Gröhn, 2005; Shallcross, Ford, Floerke y Mauss, 2013). Los

mayores parecen regular exitosamente las experiencias emocionales de la vida y logran mejores estados emocionales que las personas jóvenes (Sims, Hogan y Carstensen, 2015).

Este fenómeno ha sido llamado “*positivity effect*” o efecto o sesgo positivo, y se refiere a la tendencia asociada a la edad de procesar en mayor medida estímulos positivos sobre los negativos en comparación con los grupos de edad más jóvenes (Kennedy, Mather y Carstensen, 2004; Mikels, Larkin, Reuter-Lorenz y Cartensen, 2005; Reed y Carstensen, 2012). Este efecto parece reflejar un proceso motivacional en donde la cognición opera en función de la regulación del afecto (*Panel on Measuring Subjective Well-Being in a Policy-Relevant Framework, Committee on National Statistics, Division on Behavioral and Social Sciences and Education y National Research Council, 2013*)

Carstensen, Pasupathi, Mayr y Nesselroade (2000) encontraron que después de los 60 años la frecuencia de emociones negativas disminuye y aumentan los periodos de experiencias emocionales positivas. Los autores explican estos resultados en el marco de la teoría de la selectividad socio-emocional, debido a que a medida que las personas envejecen reconocen con mayor facilidad la fragilidad humana, por lo tanto la selección de metas emocionalmente satisfactorias sobrepasan otras.

La teoría de selectividad socioemocional (TSS) formulada por Carstensen (1995) se enfoca en los procesos psicológicos que median los cambios de las preferencias sociales y el comportamiento social. Carstensen (1992) define la función social de la auto-regulación emocional como la habilidad para controlar o manejar la valencia positiva o negativa de las emociones. De este modo, puesto que con el paso de los años las experiencias y recuerdos positivos con nuestras personas más cercanas aumentan considerablemente, éstas se convierten en los candidatos idóneos para maximizar los beneficios que se derivan de la interacción con ellos. Esta visión es claramente adaptativa y auto-protectora porque se deriva de la intención de minimizar los riesgos y costes propios de emprender nuevos vínculos con alguien. En resumen, la idea básica que sustenta la Teoría de la Selectividad Socioemocional (TSS) de Carstensen (1992) es el cambio progresivo del peso que le concedemos a cada uno de los tipos de relaciones sociales que establecemos a favor de lo emocional y en detrimento de la adquisición de información nueva. Por tal razón, en la vejez las personas seleccionan situaciones que les exigen una menor respuesta emocional negativa, adicionalmente como

perciben que el tiempo futuro es más corto, priorizan las metas que significan una experiencia emocional positiva (Sims et al., 2015). Shallcross et al. (2013) aseguran que la relación inversamente proporcional entre edad y emociones negativas como ansiedad e ira (no tristeza) se logra a través de la aceptación, la que parece aumentar con la edad.

Diversas investigaciones han contribuido a que la propuesta de la TSS se afiance. Éstas, centrados en el estudio de la auto-regulación emocional durante el envejecimiento, han puesto de manifiesto que no sólo no disminuye la habilidad para regular las propias emociones como pueda ocurrir con alguna otra función cognoscitiva, sino que aumenta. Son muchos los estudios (Carstensen et al., 2000; Gross, Carstensen, Pasupathi, Tsai, Götestam Skorpen y Hsu, 1997; Lawton, Kleban, Rajagopal y Dean, 1992) que parecen constatar que los adultos mayores son capaces de poner en marcha estrategias de autocontrol y habilidades de gestión de las emociones con mayor facilidad y frecuencia que los más jóvenes; es más, cuando se enfrentan a algún suceso que les pueda alterar, es menos probable que opten por una respuesta conductual negativa como gritar o insultar (Birditt y Fingerman, 2005). De este modo, si a medida que las personas se hacen mayores se autorregulan emocionalmente de forma más eficiente, sería comprensible que cambiara también aquello a lo que prestan atención, esta cuestión fue analizada por Mather y Carstensen (2003) a partir de un tipo de tarea experimental.

En esta línea de tareas experimentales, el trabajo de Mather y Carstensen (2003) desde la teoría de la selectividad socioemocional plantean la existencia de sesgos atencionales mostrados a partir de la evitación de caras negativas y de una mayor atención a caras expresando emociones positivas. Los resultados indican que los adultos mayores parecen ser más lentos en identificar a qué lado aparece el target o estímulo objetivo cuando este aparece tras una cara negativa en comparación con las caras neutras. En cambio, parecían responder más rápidamente cuando el target aparecía tras una cara positiva.

Una vez finalizada esta parte del experimento, se llevó a cabo una segunda tarea de reconocimiento en la cual, se presentaban dos caras, una que habían visto anteriormente y otra que no habían aparecido. Los adultos mayores mostraron una mejor ejecución para aquellos rostros cuya expresión había sido positiva en comparación con las de valencia negativa; además, los adultos mayores eran más precisos al discernir entre las caras felices nuevas y las

caras felices que sí habían visto. Mather y Carstensen (2003) ponen el énfasis en la necesidad de ser conscientes de cómo el sesgo atencional muestra resultados a favor de los estímulos de carácter positivo, de manera que los participantes se focalizan en mayor medida en objetivos y metas con un alto poder emocional consiguiendo distraer o alejar su atención de aquella información que, emocionalmente, no les hace ningún bien.

Por otra parte, desde los estudios cognitivos centrados en la memoria autobiográfica con relación a la valencia emocional del recuerdo Gallo, Korthauer, McDonough, Teshale y Johnson (2011) señalan que los adultos mayores tienden a recordar los acontecimientos de sus vidas de forma más positiva que los adultos jóvenes, de tal modo que el número de eventos positivos en relación con los acontecimientos negativos tiende a aumentar con la edad, produciéndose un sesgo atencional de positividad. Este sesgo de positividad en la memoria autobiográfica (MA) parece ser un factor adaptativo que contribuye a mejorar el estado de ánimo y aumentar las emociones positivas en las personas mayores (Pasupathi y Carstensen, 2003), de manera que recordar las cosas de una forma positiva podría ser una estrategia efectiva de regulación emocional.

También Comblain, D'Argembeau y Van der Linden (2005), demostraron que cuando se les pedía a sujetos adultos que evocaran recuerdos positivos y negativos y proporcionaran detalles al respecto, los sujetos más mayores evocaban más recuerdos positivos y mostraban además una mayor intensidad emocional, comparados con los adultos más jóvenes. Desde la Teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen, 1992) se proporciona una explicación motivacional para esta aparente positividad. Cuando el tiempo es percibido como limitado (percepción fuertemente asociada al envejecimiento) con mayor probabilidad se propondrán metas emocionalmente significativas que metas orientadas a la obtención de nueva información (Kennedy et al., 2004).

De este modo, los adultos mayores deberían estar especialmente motivados para procesar lo positivo de sus experiencias personales sobre los detalles negativos con el fin de regular sus emociones (Schryer y Ross, 2014) y así potenciar la protección de su bienestar emocional actual mediante el recuerdo autobiográfico positivo. En síntesis, se afirma que la MA puede ser una fuente de regulación emocional en el envejecimiento (Wilson y Ross, 2003). Si los mayores presentan emociones positivas en el presente, exhibirán un efecto

positivo en su MA, recordando información con valencia positiva más que con valencia negativa.

No obstante no todas las personas mayores entran en esta descripción (Ong y Bergeman, 2004). Algunas personas mayores experimentan situaciones amenazantes que afectan de manera importante su bienestar emocional, como lo son enfermedades crónicas que generan altos niveles de dolor, discapacidad cognoscitiva, cuidado de familiares, abandono y maltrato, pobreza, entre otros (Sims et al., 2015; Zautra, Smith, Affleck y Tennen, 2001).

Aunque la mayoría de estos hallazgos empíricos han sido interpretados a través de la perspectiva de la TSS, Labouvie-Vief, Grünh y Studer (2010) ofrecen una explicación alternativa viable para este fenómeno empírico desde la *Dynamic Integration Theory*. Según estos autores con el aumento de la edad y la pérdida del funcionamiento cognitivo fluido, la capacidad de relacionarse con la información emocional de alta complejidad se ve cada vez más comprometida, de este modo el material positivo es preferido por los adultos mayores porque es más fácil de procesar (es decir, menos complejo) que la información negativa (Reed y Carstensen, 2012).

2. Bienestar Psicológico.

En los últimos años se ha introducido una nueva forma de conceptualizar el bienestar, sobre todo a partir de los trabajos y propuestas planteados por Ryff (1989). Esta nueva propuesta ha traído consigo el planteamiento del denominado bienestar psicológico, el cual a pesar de estar altamente relacionado con el bienestar subjetivo y de compartir algunas de las dimensiones, como lo son la auto-aceptación y el dominio del ambiente (Keyes et al., 2002), se plantea como un concepto distinto, y por tanto se relaciona de manera diferente con variables socio-demográficas y de personalidad (Keyes et al., 2002; Molina y Meléndez, 2006).

Esta concepción del bienestar, lo sitúa como el proceso y consecución de valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que dan un sentido de la vida y buscan el desarrollo de las potencialidades personales (Ryan y Deci, 2001; Ryff, 1989). El bienestar psicológico se

relaciona con tener el potencial y capacidad para cuidar la salud mental y poder manejarse adecuadamente en la vida (Fierro, 2000). Por lo tanto, responde esencialmente a la concepción eudaimónica del bienestar. Para Ryan y Deci (2001) bienestar es lograr tener un funcionamiento pleno, estos autores consideran que quienes definen la eudaimonia como autonomía y el ser competente, se refieren es a los factores que generan bienestar, a diferencia de Ryff quien usa estos conceptos como parte de su definición del bienestar.

El modelo propuesto por Ryff (1989) tiene como elemento central la concepción eudaimónica de Aristóteles, especialmente en lo que se refiere al desarrollo y auto-realización. Así mismo, parte de algunas corrientes médicas y psicológicas, que abogan por la definición positiva de la salud más allá de la ausencia de enfermedad; de este modo, se basa en autores como Jahoda (1958) y sus criterios de salud mental, ciertos enfoques en psicología clínica que enfatizan no tanto en la patología sino más bien la posibilidad de alcanzar un funcionamiento psicológico pleno como lo planteado por Maslow (1968), y por concepciones evolutivas que enfatizan el cambio y progreso de la persona a lo largo de la adultez como las planteadas por Erikson (1968).

Keyes et al. (2002) aseguran que mientras que el bienestar subjetivo es una evaluación global del afecto y la calidad de vida, el bienestar psicológico examina la percepción positiva que pueda tener el sujeto frente a los problemas existenciales de la vida (por ejemplo, la consecución de objetivos significativos, crecer y desarrollarse como persona, el establecimiento de vínculos de calidad con los demás). De este modo el bienestar psicológico tiene que ver con tener un propósito en la vida, con que la vida adquiriera significado para uno mismo, con los desafíos, con un cierto esfuerzo para superarlos y conseguir metas valiosas, mientras que el bienestar subjetivo tendría que ver más con sentimientos de relajación, de ausencia de problemas y de presencia de sensaciones positivas (Ryff y Keyes, 1995).

Así, Ryff (1989) propone un modelo multidimensional de bienestar el cual establece que el funcionamiento psicológico de las personas está conformado por una estructura de seis factores: (a) auto-aceptación; (b) autonomía; (c) crecimiento personal; (d) propósito en la vida; (e) relaciones positivas con otros; y, (f) dominio del ambiente (ver Figura 3). Cada una de las dimensiones se define a continuación.

2.1. Auto-aceptación

La auto-aceptación es uno de los criterios más recurrentes del bienestar, Ryff (1989) lo definió como un elemento fundamental que garantiza un funcionamiento óptimo y significa la aceptación de sí mismo y el pasado. Para Ryff y Keyes (1995) la auto-aceptación incluye tener la capacidad de conocerse a sí mismo y aceptarse en su totalidad, incluso con sus limitaciones, de tal forma que permita tener una actitud positiva hacia sí mismo y su pasado. Específicamente Ryff y Singer (2008) la definen como “un tipo de auto-evaluación a largo plazo que involucra el conocimiento y aceptación tanto de las fortalezas como debilidades” (p. 21).

La auto-aceptación se ha relacionado con la etapa de Integridad del ego propuesta por Erikson (1950), quien la definió como la tarea más importante en el desarrollo de la vejez ya que incluye el mirar hacia atrás e integrar los aspectos más significativos de la misma. Ryff y Singer (2008) refieren que esta dimensión es un aspecto central de la salud mental y la madurez según la propuesta de Allport (1961).

2.2. Relaciones positivas con otros.

Esta dimensión se refiere a la capacidad para mantener relaciones cálidas, recíprocas y satisfactorias con los demás, al hecho de poder establecer vínculos más fuertes y mayor identificación con los demás, así como mantener fuertes sentimiento de empatía y basar las relaciones en el afecto y confianza mutua (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995). Las teorías en las que Ryff basa su modelo (Maslow, 1968; Mill, 1989; Russell, 1958), resaltan la importancia de las relaciones interpersonales y la capacidad de amar como un componente central de la salud mental (Jahoda, 1959) y es una característica de la madurez propuesta por Allport (1961).

2.3. Dominio del entorno.

Según Ryff y Keyes (1995) esta dimensión se refiere a la capacidad para manejar el ambiente, así como tener la competencia para hacer un uso eficaz de las oportunidades que ofrece el entorno, incluso crear ambientes adaptados a las propias condiciones personales.

Ryff y Singer (2006) aseguran que este dominio del bienestar psicológico se basa en las teorías del ciclo de la vida que hacen énfasis en la capacidad para manipular y controlar ambientes complejos, y poder adaptarse o modificar el entorno de acuerdo a sus condiciones psíquicas, que permitan tener un sentido de dominio y competencia (Ryff, 1989).

2.4. Autonomía.

Ryff (1989) asegura que este dominio se relaciona con la auto-determinación, la independencia y la auto-regulación, “se refiere a tener locus interno de evaluación, por lo que no se busca a los demás para su aprobación, sino que se evalúa a sí mismo bajo sus propios criterios”. Esta dimensión también está relacionada con las teorías del desarrollo (Erikson, 1959; Neugarten y Neugarten, 1986) que resaltan la importancia en la adultez mayor de tener un sentido de libertad de decidir sobre su propia vida (Ryff y Singer, 2008). Para Ryff y Singer (2002) la autonomía les permite a las personas llevar de mejor manera la presión social.

2.5. Propósito en la vida.

Esta dimensión se basa en las teorías existencialistas, especialmente en la de Frankl y Lasch (1992), que se refiere a la búsqueda de significado en la adversidad. El sentido de vida también se entiende como la capacidad de las personas para identificar y comprender sus vidas como significativas y percibir que su propia vida tiene un objetivo coherente (McMahan y Renken, 2011). Este dominio del bienestar psicológico hace que las metas y objetivos en la vida den un sentido de direccionalidad y significado en la vida (Ryff, 1989), y que este significado logre integrar las experiencias pasadas con el presente y el futuro (Ryff y Keyes, 1995). Según Ryff y Singer (2008) el propósito en la vida se relaciona con las teorías del ciclo de la vida que aseguran que los objetivos y metas dependen de la etapa del desarrollo en la que se encuentra y que estos van en una búsqueda de integración emocional al final de la vida.

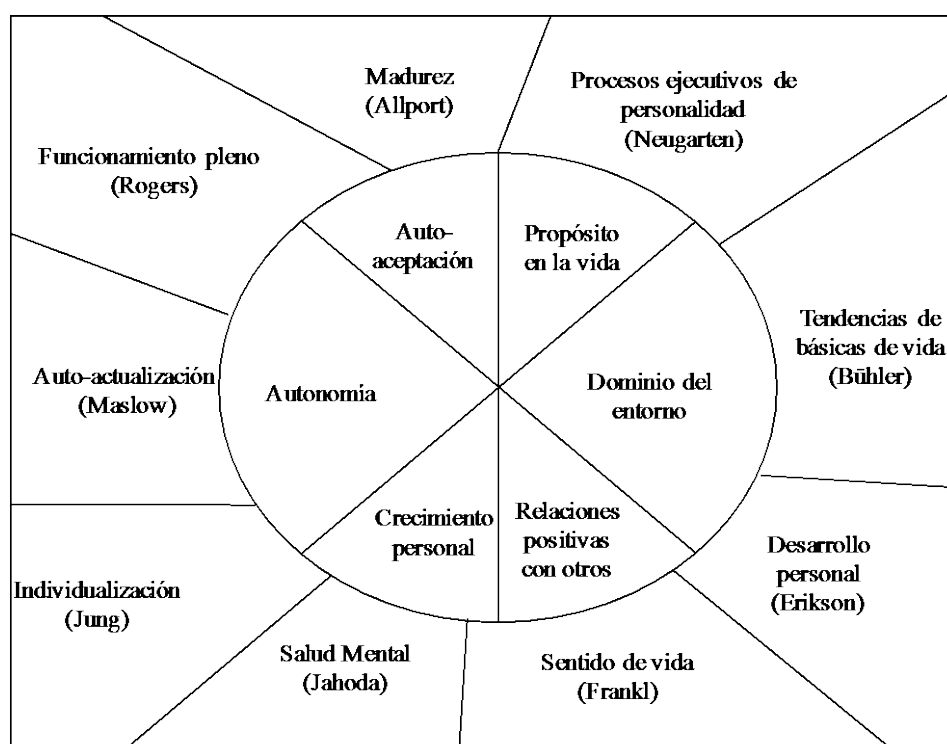
2.6. Crecimiento personal.

Esta última dimensión del bienestar psicológico Ryff (1989) la definió como el desarrollo de un potencial para crecer como persona, se refiere a que el individuo sabe que

cuenta con potencialidades y así puede abrirse a las experiencias. El crecimiento personal es un proceso de funcionamiento positivo de continuo cambio y desarrollo del potencial individual (Ryff y Singer, 2008). Esta puede ser la dimensión del bienestar que más se acerca a la noción de eudaimonia de Aristóteles, y se relaciona directamente con la auto-realización.

En la figura 4 se presenta el modelo de bienestar psicológico con cada una de las bases teóricas que Ryff y Singer (2008) aseguran haber tenido en cuenta para su formulación.

Figura 4. Dimensiones del bienestar psicológico y sus bases teóricas. Tomado de Ryff y Singer (2008, p. 20).



La estructura de seis dimensiones del modelo descrito anteriormente fue comprobada mediante análisis factorial confirmatorio por Ryff y Keyes (1995) y Ryff y Singer (2006). Keyes et al. (2002) aseguran que en la base de los seis factores de primer orden se encuentran dos constructos de nivel superior, bienestar subjetivo y bienestar psicológico. Para poner a prueba este modelo, los autores tomaron los seis factores como indicadores observables, y realizaron un nuevo análisis factorial confirmatorio con estos dos constructos como factores latentes, no obstante, sólo consiguieron un ajuste satisfactorio si se incluían saturaciones cruzadas de dominio del ambiente y auto-aceptación en bienestar psicológico y subjetivo. Hay

que señalar, que el modelo de relación que más se ajustaba a los datos presentaba las siguientes características: ambos constructos estaban globalmente relacionados, aunque poseían dimensiones únicas que no compartía el otro; en el caso del bienestar psicológico, éstas eran el propósito en la vida y el crecimiento personal. Además, existía solapamiento entre los dos constructos, para las dimensiones de auto-aceptación y dominio del ambiente, que parecían estar relacionadas de manera muy similar para ambos constructos.

Springer y Hauser (2006) aseguran que la Escala de Bienestar Psicológico desarrollada por Ryff ha sido ampliamente usada, por ejemplo, estudios nacionales sobre bienestar en los Estado Unidos y Canadá la han utilizado, como por ejemplo el Estudio Nacional de Familias y Hogares, el Estudio Nacional de Mediana edad y el Estudio Longitudinal de Wisconsin, así como el estudio Canadiense de Salud y Envejecimiento, razón por la cual explorar las características psicométricas ha sido fundamental. Por esto, la estructura factorial de las escalas de Ryff ha sido analizada también mediante análisis factoriales confirmatorios en población de diferentes países. Así, por ejemplo, en muestras holandesas, van Dierendonck (2004) examinó la validez de contenido en dos muestras, una de estudiantes universitarios y otra de profesionales, el investigador encuentra que el mejor modelo es el de seis factores con un factor de segundo orden, aunque los ajustes no fueron muy satisfactorios y plantean la eliminación de ítems. Adicionalmente, reportan haber encontrado bajos índices de consistencia interna. En esta investigación plantean como alternativa el uso de una versión corta, la cual logró obtener adecuados índices de confiabilidad y de ajuste.

Por su parte Abbott, Ploubidis, Huppert, Kuh, Wadsworth y Croudace (2006), evalúan la validez de constructo a través de análisis factorial confirmatorio de la escala con 42 ítems en una muestra mujeres británicas. Los investigadores encuentran también una estructura de seis factores, pero plantean un modelo de segundo orden afectando a cuatro de los factores de primer orden, si bien el ajuste solamente resultó satisfactorio con la reducción de ítems y la modelización de factores que, al margen del contenido del ítem, agrupaban a los formulados positiva y negativamente. Los investigadores sugieren que una versión más corta del cuestionario no es recomendable debido a que encontraron bajas correlaciones entre algunos ítems, lo que afectaría la consistencia interna de las puntuaciones de las dimensiones.

Springer y Hauser (2006) también evaluaron diversos modelos factoriales confirmatorios para las escalas de Ryff en tres grandes masas de datos estadounidenses de carácter nacional. Los investigadores realizan varios modelos de análisis factoriales confirmatorios usando como método de estimación el *Weighted Least Square* y correlaciones policóricas, métodos considerados como los más poderosos y adecuados para analizar datos ordinales, sin embargo no confirman la estructura factorial de seis dimensiones, concluyendo que la distinción de seis factores es dudosa dadas sus altas inter-correlaciones, incluso cuando contralaron por aspectos como ítems formulados de manera negativa, redundancia de ítems y factores asociados con variables sociodemográficas como edad y nivel educativo. Adicionalmente, hallaron correlaciones más altas teniendo en cuenta una variable latente de segundo orden con las dimensiones de auto-aceptación, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal, por lo que sugieren que estas dimensiones parecen pertenecer a un solo factor.

Las críticas de Springer y Hauser (2006) realizadas al modelo fueron posteriormente replicadas por Ryff y Singer (2006, 2008), señalando que el mejor ajuste global sigue siendo el de seis factores, estos autores presentan evidencia de varios estudios que han comprobado esta estructura factorial y aseguran que la crítica que le hacen Springer y Hauser (2006) denota un desconocimiento de un enfoque orientado al constructo, lo que es diferente a la evaluación de la personalidad. Adicionalmente, argumentan que la aproximación metodológica al problema es inadecuada porque demuestra poca comprensión del constructo bienestar psicológico. Sin embargo, la respuesta no resuelve el problema de las altas inter-correlaciones entre factores (Springer, Hauser y Freese, 2006).

En el contexto español, Meléndez et al., (2009) y Tomás, Meléndez y Navarro (2008), a nivel multivariado, emplearon un modelo de ecuaciones estructurales, en concreto un modelo MIMIC. El modelo teórico inicial planteó que las dimensiones de bienestar pueden agregarse en una variable latente de bienestar, y que este factor latente, junto con los sociodemográficos y el Índice de Barthel afectaban directamente a la satisfacción vital.

En la tabla 1 se describen como clasifica a los individuos la Escala de Bienestar psicológica de Ryff y Singer (2008) según altas y bajas puntuaciones.

Tabla 1. Modelo de Bienestar Psicológico.

Dimensiones	Puntuación	Interpretación
Autonomía	Alta	Es auto-determinado e independiente; capaz de resistir las presiones sociales para pensar y actuar de cierta manera; regula el comportamiento desde dentro.
	Baja	Expresa su preocupación por las expectativas y evaluaciones de los demás y se basa en juicios de los demás para hacer importantes decisiones.
Dominio del Medio Ambiente	Alta	Tiene un sentido de dominio y competencia en la gestión del medio ambiente; capaz de elegir o crear contextos adecuados a las necesidades y valores personales.
	Baja	Tiene dificultad para manejar los asuntos cotidianos; se siente incapaz de cambiar o mejorar el contexto circundante.
Crecimiento personal	Alta	Tiene una sensación de continuo desarrollo; se ve a sí mismo en crecimiento y expansión; está abierto a nuevas experiencias; está cambiando de maneras que reflejan más auto-conocimiento y eficacia.
	Baja	Tiene una sensación de estancamiento personal; carece de sentido de la mejora o ampliación en el tiempo; se siente aburrido y desinteresado con vida.
Relaciones positivas con los demás	Alta	Tiene relaciones cálidas y satisfactorias, relaciones de confianza con los demás; desarrolla fuerte empatía, afecto y intimidad; entiende las relaciones humanas.
	Baja	Tiene relaciones pocas estrechas, de confianza; le resulta difícil ser cálido, abierto, preocupado por los demás; es aislado y frustrado en las relaciones interpersonales.
Propósito en la vida	Alta	Tiene metas en la vida y un sentido de direccionalidad; siente que hay un significado en el presente y la vida pasada; sostiene creencias que dan vida propósito.
	Baja	No ve propósito en la vida pasada; no tiene perspectivas o creencias que le dan sentido a la vida.
Autoaceptación	Alta	Posee una actitud positiva hacia el yo; reconoce y acepta múltiples aspectos de uno mismo, incluyendo cualidades buenas y malas; siente positivo acerca de la vida pasada
	Baja	No se siente satisfecho con uno mismo; está decepcionado con lo que ha ocurrido en la vida pasada; quiere ser diferente a lo que él o ella es.

Se ha encontrado que los patrones de bienestar psicológico cambian con la edad. Inicialmente, Ryff (1989) señala que las dimensiones de dominio y autonomía tienden a ser más altas en las personas mayores y de edad intermedia que en los jóvenes, pero permanece estable desde la mediana edad a la vejez. Por otro lado, propósito en la vida y desarrollo personal presentan un patrón inversamente proporcional a la edad, especialmente cuando se comparan los grupos de adultez intermedia con adultez mayor.

Más adelante, Ryff y Keyes (1995) identificaron diferencias similares a las reportadas

por Ryff (1989) con respecto a la edad según grupos de edad en cinco dimensiones. Respecto a las relaciones positivas con los otros las personas mayores presentaron mayores puntuaciones que los de adultez intermedia y jóvenes. Para la dimensión de dominio del ambiente los mayores y el grupo de adultos obtuvieron puntuaciones más altas que los jóvenes. Respecto a la autonomía se encontró estable en la adultez mediana y mayor en la vejez en comparación con los jóvenes. Estos autores refieren que en las dimensiones de propósito en la vida y desarrollo personal hay un descenso a lo largo del ciclo de la vida.

Posteriormente, Ryff y Singer (2008) reportan que en la población norteamericana de mediana edad, se han encontrado perfiles que demuestran un incremento con la edad en las dimensiones de autonomía y dominio del ambiente, un decremento en el propósito en la vida y crecimiento personal y un patrón de estabilidad en los dominios de relaciones positivas con otros y auto-aceptación, este último se encontró solo en mujeres. Ryff y Keyes (1995) anteriormente había reportado que las mujeres presentaban mayores puntuaciones en la dimensión de relaciones positivas con otros y crecimiento personal (Ryff, 1989).

Sun, Chan y Chan (2016) encontraron en un grupo de adolescentes que las mujeres obtienen puntuaciones más altas que los hombres en casi todas las dimensiones del bienestar psicológico, a excepción de autonomía y auto-aceptación. Burns y Machin (2010) en una muestra de maestros de colegio en Australia, encontraron que las mujeres presentaron puntuaciones significativamente más altas que los hombres en los factores de dominio del ambiente, crecimiento personal, propósito en la vida y auto-aceptación. Los hombres puntuaron más alto a diferencia de las mujeres solamente en la dimensión de autonomía.

3. Relación entre bienestar psicológico y bienestar subjetivo.

El bienestar psicológico sugiere un funcionamiento pleno, lo que genera una percepción de productividad en la vejez (Gonzalez-Celys, 2009). Por lo tanto, alcanzar un desempeño óptimo implica que las personas desarrollen percepciones positivas acerca de su capacidad, para esto el individuo debe evaluar y reevaluar sus conocimientos, habilidades y experiencias

adquiridas a lo largo de su vida (Bandura, 1987). Esta evaluación está relacionada con la percepción de autoeficacia, la cual se ha encontrado relacionada con el bienestar (Luque, González y Burba, 2005; Mamta y Sharma, 2013; Moeini et al., 2008).

Las dimensiones del bienestar psicológico planteadas por Ryff se han encontrado relacionadas con el bienestar subjetivo. Burns y Machin (2010) evaluaron si el bienestar psicológico y la personalidad predecían el componente afectivo del BS y exploraron diferencias de género. Estos investigadores combinaron las dimensiones de dominio del ambiente, crecimiento personal, propósito en la vida y auto-aceptación en un solo factor de primer orden, debido a que no obtuvieron adecuados índices de ajuste adecuados para el modelo de seis dimensiones. Los autores comprobaron por medio de un modelo de ecuaciones estructurales que la personalidad y el bienestar psicológico predicen el componente afectivo del BS, aunque el factor de primer orden del bienestar psicológico, fue el predictor más fuerte del afecto positivo. La dimensión de autonomía no fue incluida en el modelo debido a que no se asoció con el afecto.

Existe una vasta evidencia que demuestra que el control personal juega un rol fundamental en la percepción del bienestar en la vejez (Bennett, Stenhoff, Pattinson y Woods, 2010; Cárdenas y López, 2010; Ong y Bergeman, 2004), especialmente porque en esta etapa del ciclo vital las personas tienen una alta probabilidad de enfrentar a múltiples situaciones estresantes como los son, la jubilación, la viudez y la pérdida de la fuerza física (Bennett et al., 2010; Ong y Bergeman, 2004).

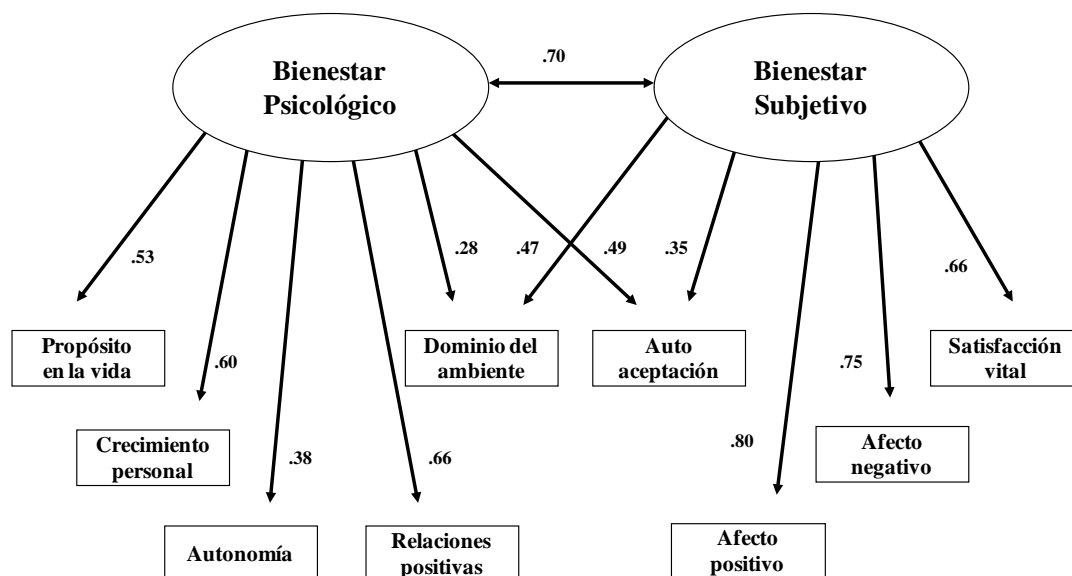
Daatland y Hansen (2007) encontraron que el control personal está relacionado con la percepción de autonomía y el bienestar en la población mayor. La percepción de control se relaciona con la sensación de independencia, la cual es fundamental en la vejez (Bennett et al., 2010; Daatland y Hansen, 2007; Ong y Bergeman, 2004). Bennett et al. (2010) encontró que las mujeres viudas que se perciben autónomas e independientes tienen una menor sensación de ser una carga en la familia.

Por otro lado, se ha encontrado que tener un propósito en la vida, está asociado a la satisfacción con la vida (Pinquart 2002; Ryff, 1989). Otro de los elementos que se ha encontrado como determinante es la salud objetiva y subjetiva (Fernández-Ballesteros, 2009; Ryff, 1995). También se ha demostrado que la percepción de control, auto-eficacia y

optimismo, pueden funcionar como predictores tanto del bienestar psicológico como del subjetivo en la vejez (Fernández-Ballesteros, 2009, Ong y Begerman, 2004).

Como se mencionó anteriormente, el bienestar subjetivo y el psicológico están altamente relacionados, pero son constructos diferentes del funcionamiento psicológico positivo (Compton, Smith, Cornish y Qualls, 1996). Keyes et al. (2002), evaluaron en una muestra nacional de adultos entre los 25 y 74 años de los Estados Unidos la hipótesis de que el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico están conceptualmente asociados, pero son interdependientes. En este estudio los autores plantearon dentro de sus hipótesis que el bienestar está influido por características socio-demográficas y de personalidad. Los investigadores mediante el análisis factorial confirmatorio, evaluaron diferentes modelos y encontraron que efectivamente estaban relacionados, pero cada uno corresponde a factores únicos y diferentes, además de tener cada uno con sus dimensiones. Sin embargo, encontraron que las dimensiones de dominio del ambiente y auto-aceptación estaban compartidas con las dos variables latentes de segundo orden, que eran el bienestar subjetivo y el psicológico. En la figura 5 se presentan las estimaciones de los parámetros estandarizadas con dos factores oblicuos que tienen dos indicadores comunes, que según Keyes et al. (2002) fue el que más se ajustó a los datos.

Figura 5. Modelo de mejor ajuste del bienestar psicológico y el bienestar subjetivo tomado de Keyes, Shmotkin y Ryff (2002, p. 1014).



Los resultados de Keyes et al. (2002) contribuyen a aclarar las diferencias entre las tradiciones del estudio del bienestar, tanto la hedónica como la eudaimónica. Así mismo, al

estudiar más allá de la estructura del bienestar, exploraron el rol de los factores sociodemográficos y la personalidad en estos dos constructos. Encontraron a nivel general que diferentes combinaciones de bienestar están asociadas a estos factores, por ejemplo, las personas con mayor nivel educativo y que están en la adultez intermedia tienen un mayor nivel de bienestar tanto psicológico como subjetivo. Respecto a la personalidad, reportaron que altas puntuaciones en el rasgo de extraversión presentaron altas puntuaciones en los dos tipos de bienestar, mientras que altas puntuaciones en el rasgo de apertura a la experiencia se relacionaron con mayores niveles de bienestar psicológico y menores niveles de bienestar subjetivo. Respecto al neuroticismo, hallaron que quienes tenían este rasgo presentaban menor bienestar, tanto subjetivo como psicológico.

Partiendo de los aspectos hasta aquí planteados, la presente investigación está orientada a explorar los determinantes del bienestar de las personas mayores, aceptando que el bienestar psicológico y subjetivo son diferentes, si bien tal y como se ha señalado, en personas mayores comparten algunas de sus dimensiones (Keyes et al., 2002).

Capítulo 3

Factores psicosociales asociados al Bienestar Subjetivo

1. Afrontamiento y bienestar subjetivo.

Para la psicología el estudio del afrontamiento ha sido de gran interés, debido a que la forma como las personas enfrentan la adversidad y reaccionan a los retos marca una diferencia en el desarrollo del individuo y esto puede generar vulnerabilidades o fortalezas (Zimmer-Gembeck y Skinner, 2014). Existe evidencia respecto a la relación entre los estilos de afrontamiento y el bienestar (Folkman y Lazarus, 1988; Lin, 2016; Lyubomirsky, King y Diener, 2005), así como con la salud física y mental (e.j. Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002; O'Donnell, Badrick, Kumari y Steptoe, 2008; Salovey et al., 2000).

El afrontamiento ha sido comúnmente definido como las respuestas cognoscitivas y comportamentales dirigidas a manejar las demandas internas y externas que el individuo evalúa como amenazantes o desafiantes (Folkman, 1984; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986; Lazarus y Folkman, 1987).

Al hablar de afrontamiento es fundamental primero abordar el estrés. El estrés ha sido conceptualizado desde punto de vista físico, como una fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra fuerza que tiende a distorsionar dicho cuerpo. Estos conceptos fueron adoptados por las ciencias biomédicas y psicología. En las ciencias biomédicas ha sido definido como la respuesta del organismo a un estímulo aversivo, en la psicología se ha definido más como un proceso multidimensional en donde la persona interactúa con el entorno (Schwarzer y Taubert, 2002; Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003). Schwarzer y Taubert (2002) refieren que existen tres grandes perspectivas que estudian el proceso de estrés, estas son: basadas en la respuesta, basadas en el estímulo y en el proceso cognitivo transaccional, cada una de ellas se explican brevemente a continuación.

1.1. Perspectiva basada en la respuesta.

Esta perspectiva se enfoca en la forma en que el cuerpo reacciona y es una de las más conocidas (Schwarzer y Taubert, 2002). Selye (1950) afirmó que el estrés es una respuesta del organismo a cualquier demanda de su entorno y estableció las diferencias entre un estímulo estresor y el estrés, es decir la respuesta. Para Selye (1976) “un estresor es un agente que produce estrés en cualquier momento” (p. 53). Selye no se interesó por estudiar cuál era la naturaleza del estímulo si no la respuesta del individuo a este, por esto planteó el Síndrome General de Adaptación (SGA) que se representa en el desarrollo cronológico de la respuesta a estresores, está compuesta por tres etapas (Selye, 1976), las cuales son (ver Figura 6):

a. Reacción de alarma: es la respuesta inicial del organismo en donde se presentan varias reacciones fisiológicas, es una reacción adaptativa de escape o huida a corto plazo ante situaciones de emergencia, en varias ocasiones el individuo logra dominar el estrés en esta fase (Schwarzer y Taubert, 2002). Esta respuesta puede generar una inmunosupresión, inicialmente puede que la presión arterial y el ritmo cardiaco disminuyan, pero después aumentan a niveles superiores (Morrison y Bennett, 2008).

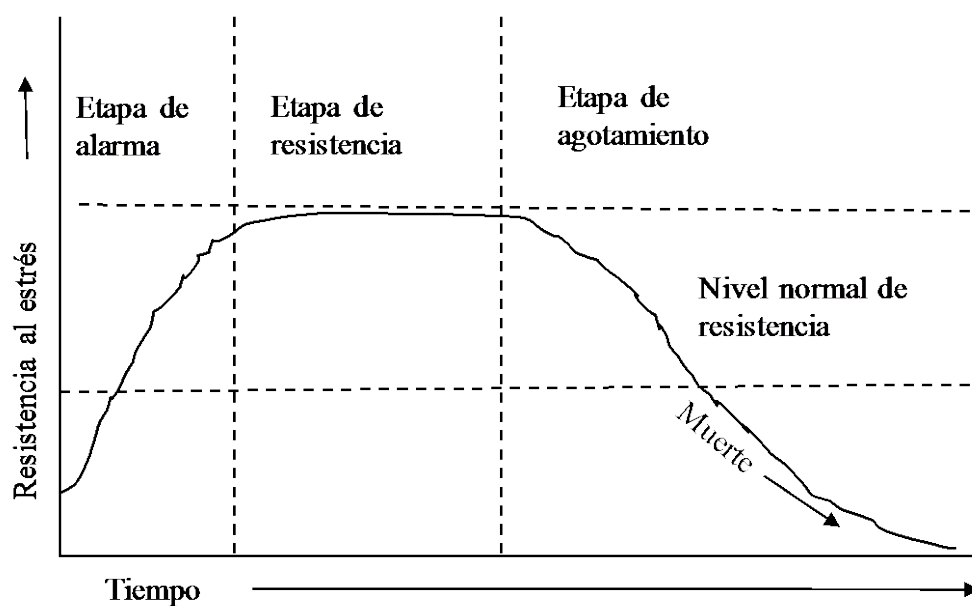
Esta etapa tiene dos fases: la primera es la fase de choque o congelamiento, definida como la reacción inmediata al estresor, en esta etapa se presenta una excitación de la sustancia gris en el tallo cerebral, por lo que el organismo no hace nada, después hay una activación cortical en la que el organismo logra identificar detalladamente su entorno (Camargo, 2004); y después está la fase del contrachoque, que se caracteriza por la movilización a una fase defensiva.

b. Etapa de resistencia: en esta etapa el organismo busca adaptarse al estresor y para lograrlo mantiene una activación fisiológica al máximo. En esta etapa puede que el organismo logre una mejora y desaparición de los síntomas o no logra adaptarse y genera menor resistencia a pesar de los esfuerzos realizados. En esta etapa si el individuo no logra sobrepasarla, se puede ver afectado el sistema inmunológico y aumenta la vulnerabilidad a enfermar (Camargo, 2004; Morrison y Bennett, 2008; Schwarzer y Taubert, 2002).

c. Etapa de colapso o agotamiento: esta etapa sucede cuando hay un

agotamiento debido a la severidad del estresor y exposición prolongada a este. En ella el organismo tiene una menor capacidad y hay un agotamiento de los recursos. Además, hay una activación parasimpática que genera enfermedad e incluso la muerte (Morrison y Bennett, 2008; Schwarzer y Taubert, 2002). Camargo (2004) asegura que en esta etapa es donde aparecen enfermedades asociadas al estrés como el insomnio, falta de concentración, fatiga, enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares entre otras.

Figura 6. Síndrome General de Adaptación de Selye. Tomado de Camargo (2004, p. 80).



De este modo, y según el modelo del SGA, es importante resaltar que no todos los individuos tienen el mismo grado de vulnerabilidad, ni siquiera la misma persona para todos los estresores, esto depende del estresor, la intensidad, el contexto y el tiempo (Selye, 1976).

Psicobiología del estrés. El eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) es el de mayor relevancia como respuesta al estrés (Leira-Permuy, 2011). Morrison y Bennett (2008) aseguran que la respuesta de estrés sucede cuando hay activación por un corto periodo de tiempo, que se da como resultado del sistema simpático-adrenomedular y la liberación de las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) de las glándulas adrenales. Esta activación del sistema adrenal medular y el eje HHA, permiten que el organismo tenga una respuesta adaptativa al estrés.

El sistema hipotalámico-pituitario-adrenocortical inicia en el hipotálamo, el cual libera la hormona llamada factor de liberación de la corticotropina (CRF), la cual controla que la glándula pituitaria segregue la hormona adrenocorticotropa (ACTH), esto en concreto facilita la activación de gluco-corticoides, en especial el cortisol. El organismo en condiciones en donde no hay estrés tiene concentraciones de cortisol adecuadas y están asociadas a los ciclos circadianos, sin embargo, la presencia de altos niveles de cortisol se ha encontrado asociada con la inmunosupresión (Leira-Permy, 2011; Morrison y Bennett, 2008).

1.2. Perspectiva basada en el estímulo.

Esta perspectiva se centra en las características del estresor, establece que cada situación estresante tiene características particulares y dependiendo de estas tiene unas demandas específicas a las cual hacer frente (Schwarzer y Taubert, 2002). El estudio del estrés bajo esta perspectiva ha propuesto una clasificación de eventos vitales en la vida, por ejemplo Holmes y Rahe (1967) formularon un instrumento que consiste en una lista de sucesos de vida estresantes como la muerte de seres queridos, problemas económicos o personales y a cada uno le asignaban un peso de acuerdo a que la severidad del estresor o suceso. Según Dohrenwend (2006) han aparecido varios instrumentos y listas de chequeo sobre eventos estresantes de la vida. Sin embargo, esta perspectiva ha sido criticada debido a que las personas pueden evaluar de manera diferente un mismo evento, esto depende de las características psicosociales y los recursos del individuo (Schwarzer y Taubert, 2002).

1.3. Modelo transaccional del estrés.

Lazarus y Folkman (1984) propusieron el modelo transaccional del estrés y afrontamiento el cual explica el proceso en el cual los individuos evalúan las amenazas del ambiente y determinan una respuesta frente a este, la que puede estar orientada a modificar el problema o evento o a regular la emoción que se presenta como respuesta. Los autores aseguran que las transacciones se inician en el momento en que el individuo se relaciona con el estrés, el cual definen como los eventos internos y externos que la persona evalúa como significativos y amenazantes para su bienestar y que exceden los recursos que el individuo tiene para enfrentarlos. Folkman (1984) afirma que “la definición relacional del estrés

diferencia esta teoría de los enfoques en el que el estrés es definido solamente como un estímulo nocivo para la salud, o resultado de conflictos internos o una respuesta fisiológica a la activación” (p. 840).

Este modelo clasifica la evaluación cognoscitiva de la amenaza en dos momentos, así: (a) evaluación primaria, que se refiere a cuando el individuo valora que tan amenazante o beneficioso es el estímulo, y (b) evaluación secundaria, cuando el individuo valora si cuenta con los recursos para responder al estímulo, prevenirlo, aminorar el daño o potenciar los beneficios (Folkman et al., 1986; Lazarus y Folkman, 1984).

Park y Folkman (1997) aseguran que adicional a la evaluación primaria y secundaria, el individuo evalúa que tan significativo es el evento aversivo. Esta evaluación se realiza en dos niveles: (a) evaluación del significado global y (b) el significado situacional. El primero se refiere al sistema de creencias y metas del individuo y el segundo a la interacción de estos con las circunstancias estresantes. La evaluación la realiza el individuo con base en las posibles causas y consecuencias que tendrá en el futuro, intenta darle un sentido o reevalúa lo positivo de la situación estresante. Esta valoración depende de las experiencias previas, intereses, y sistema de creencias del individuo. El modelo propone que los individuos buscan reducir la disonancia entre su sistema de creencias o significado global y el evento amenazante, para así evitar o reducir el estrés emocional y mantener un sentido de coherencia, propósito y estabilidad (Park y Folkman, 1997).

Los estilos de afrontamiento se han clasificado de diversas maneras, una de las más conocidas es la propuesta por Lazarus y Folkman (1984) quienes los dividen en dos tipos: (a) orientado al problema y (b) orientado a la emoción. El afrontamiento enfocado al problema implica el uso de estrategias instrumentales dirigidas a eliminar, controlar, o mejorar una condición estresante. El afrontamiento orientado en la emoción está dirigido a controlar la respuesta emocional ante una situación estresante para aliviar su efecto físico o psicológico (Lazarus y Folkman, 1984).

Carver, Scheier y Weintraub (1989) aseguran que existe una mayor diversidad en los estilos de afrontamiento. Refieren que las estrategias comprendidas dentro de un solo tipo de afrontamiento, tienen diferentes consecuencias. Por ejemplo, no es lo mismo la negación que la reinterpretación de los eventos, aunque ambos sean considerados orientados a la emoción.

Carver et al., (1989), distinguen tres dominios del afrontamiento: (a) cognitivo, (b) conductual, y (c) emocional, según sea la orientación a la re-significación de la situación crítica, al intento de resolución del problema, y/o a la regulación de las emociones suscitadas. Para esto Carver et al. (1989) proponen 14 métodos o estrategias de afrontamiento, las cuales pueden ser consideradas como funcionales o menos funcionales (ver Tabla 2). Dentro de las funcionales destacan el *afrontamiento activo*, similar al orientado al problema de Lazarus y Folkman (1984, 1987), la *planeación*, referida a organizar como enfrentar un estresor, *dejar de hacer algo* para evitar o manejar el estresor, *reevaluación positiva*, o *buscar apoyo social* para llevar a cabo una estrategia. Dentro de las que son posiblemente no funcionales, según Carver et al. (1989) están las incluidas dentro categoría la *búsqueda de apoyo social* planteada exclusivamente como aquella búsqueda que tiene como fin aliviar el malestar emocional, o la *desconexión comportamental y mental* que se refiere a hacer esfuerzo para no pensar en el problema o escapar (Carver y Connor-Smith, 2010).

Tabla 2. Estrategias de afrontamiento propuestas por Carver et al. (1989, pp. 268).

Afrontamiento	Definición
1. Afrontamiento activo	Proceso en el que se toman pasos activos para remover o cambiar el estresor, o disminuir su efecto.
2. Planeación	Se refiere a pensar en cómo afrontar al evento estresante. Este involucra la formulación de estrategias. Está orientado hacia el problema.
3. Supresión de actividades	Se refiere a poner a un lado proyectos para poder enfrentar el estresor y no tener distractores.
4. Afrontamiento restrictivo	Se refiere a esperar actuar hasta que la oportunidad apropiada se presente. Es tener la capacidad de contenerse.
5. Búsqueda de apoyo social instrumental	Se refiere a buscar asesoría, asistencia e información.
6. Búsqueda de apoyo social emocional	Se refiere a buscar a otros que muestren simpatía y entendimiento.
7. Expresión emocional	Se refiere a la tendencia en enfocarse en expresar las emociones y sentimientos.
8. Desvinculación conductual	Se refiere a resignarse a intentar sobrellevar la situación estresante o enfrentarla. Similar a la indefensión aprendida.
9. Desvinculación mental	Es una variación a la desvinculación conductual, ocurre cuando la persona realiza diversas actividades para evitar pensar en la la situación estresante.
10. Reinterpretación positiva y crecimiento	Se refiere a interpretar el estresor en términos positivos. Esto facilita a que la persona pase a llevar a cabo acciones enfocadas hacia el problema.
11. Negación	Esta respuesta en algunas ocasiones sucede como respuesta a la primera evaluación del evento.
12. Aceptación	Es el contrario de la negación. Cuando el individuo acepta la situación estresante puede generar que la persona este comprometida con enfrentar el estresor.
13. Religión	Esta respuesta de afrontamiento puede funcionar como un apoyo emocional, una forma para darle sentido al problema y facilita el crecimiento personal.

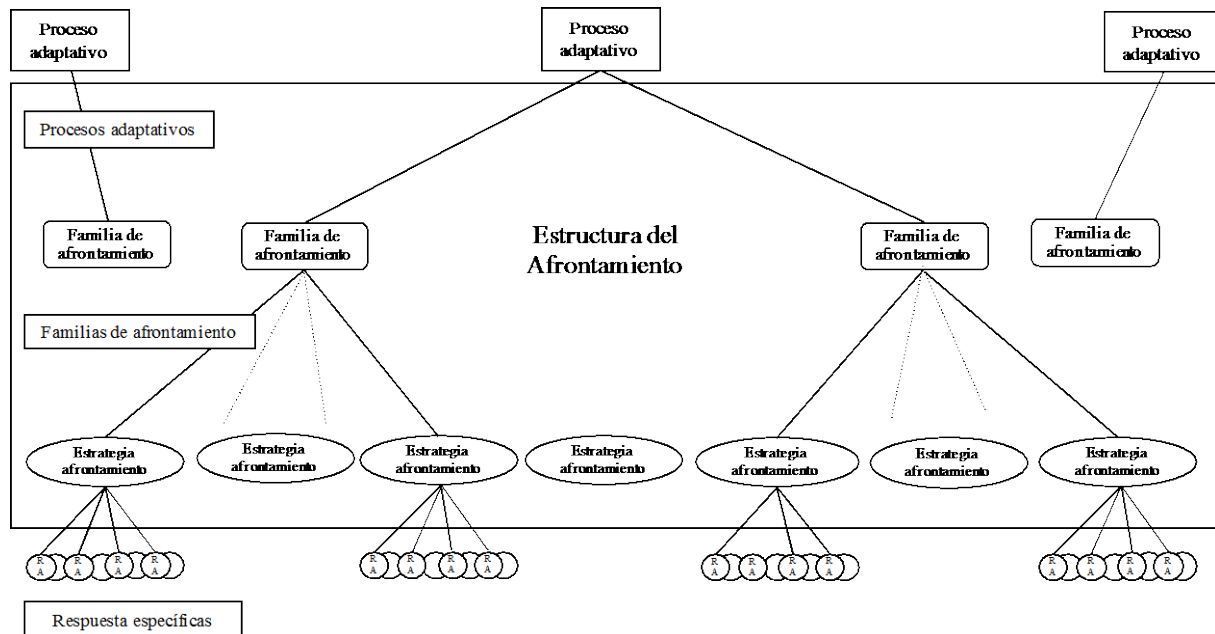
El afrontamiento también se ha clasificado como *activo* o de *aproximación* y *pasivo* o *evitativo* (Billing y Moss, 1981). El primero se refiere al manejo activo del estresor o las emociones asociadas al evento amenazante, en este la persona realiza esfuerzos mentales para enfrentar activamente la situación problemática y en el segundo a evitar la confrontación del problema, por lo tanto el individuo no realiza ningún tipo de respuesta asociada a la situación estresante y espera que esta se resuelva por sí misma. El de *aproximación* es similar al orientado al problema, sin embargo contempla esfuerzos cognitivos y comportamientos. El *evitativo* se caracteriza por los esfuerzos que hace el individuo para mantener alejada su atención del evento estresante (Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003; Zimmer-Gembeck y Skinner, 2014).

Por otro lado, Skinner et al. (2003) aseguran que el afrontamiento es un constructo entendido como estilos de acciones que tienen diferentes funciones y que está organizado en sistema jerárquico con múltiples categorías y subcategorías. Critican las conceptualizaciones que tienen en cuenta solamente categorías de primer orden. Refieren que la propuesta de Lazarus y Folkman no es clara conceptualmente, porque dentro de su clasificación hay estilos de afrontamiento que cumplen la misma función (por ejemplo, manejan el problema y las emociones al mismo tiempo) y que existen estrategias de afrontamiento que no pueden ser ubicadas en ninguna de las dos categorías. Esta misma línea de críticas los autores las hacen a las clasificaciones topológicas de afrontamiento activo o pasivo, o de aproximación y evitativo.

En la Figura 7 se presenta el sistema de categorías que conceptualiza la estructura del afrontamiento propuesto por Skinner et al. (2003). En este sistema proponen diferentes niveles en una jerarquía. En el nivel más bajo están las múltiples respuestas específicas de afrontamiento que el individuo lleva a cabo en tiempo real, es decir las respuestas que los individuos realizan en situaciones específicas, estas respuestas son transacciones con el contexto que incluyen comportamientos y emociones. En un nivel intermedio están el grupo de estrategias de afrontamiento, que se refieren a acciones que responden a procesos adaptativos, en algunas ocasiones están compuestas por las respuestas de menor nivel. Estas a su vez pueden subir de jerarquía dependiendo de su funcionalidad para la adaptación, son llamadas familias de afrontamiento y hacen referencia a los procesos adaptativos. Las familias

pertencen a un mayor nivel en la jerarquía son multidimensionales y multifuncionales y están anidadas por las categorías de menor nivel.

Figura 7. Modelos de conceptualización la estructura jerárquica del afrontamiento propuesta por Skinner et al. (2003).



Nota. RA = respuestas específicas de afrontamiento en tiempo real. Tomado de Skinner et al. (2003, p. 218)

Skinner et al. (2003) consideran que es necesario proponer categorías de mayor jerarquía, puesto que no es apropiado categorizar el afrontamiento según su funcionalidad, ya que algunas estrategias pueden cumplir las mismas funciones. Estos autores proponen que las categorías de mayor jerarquía son tipos de acciones, que no se refieren solamente a comportamiento si no a constructo más complejo “que incorpora comportamientos, pero requieren simultáneamente la consideración de los individuos respecto a emociones, atención y metas, por lo tanto el mismo comportamiento puede reflejar distintas acciones que están en la búsqueda de un mismo objetivo” (p. 229). Las categorías de mayor jerarquía que proponen Skinner et al. (2003) para comprender la taxonomía del afrontamiento están enmarcadas en: (a) acciones de control, (b) de aproximación y (c) de acomodación.

Por otro lado, Campos, Iraurgi, Paéz y Velasco (2004) aseguran que dentro de los tipos de afrontamiento existen algunas estrategias que son adaptativas, las cuales deben cumplir con lograr reducir el estrés y la respuesta corporal, disminuir las emociones negativas e incrementar las reacciones emocionales positivas. Por lo tanto, para estos autores existen

diferentes estrategias adaptativas, que no son solamente aquellas orientadas al problema, y diversas estrategias que no cumplen esta función adaptativa, como lo son aquellas que están orientadas a la regulación emocional a través de la evitación, rumiación, expresión de emociones negativas, compartir estas emociones con otros y abandono, las cuales buscan una regulación emocional, sin embargo, no logran mejorar el malestar afectivo; así como estrategias conductuales que ante problemas que el individuo no puede modificar, incrementan el malestar emocional, como lo son la planificación, búsqueda de información, búsqueda de apoyo. Estos autores proponen 13 familias en las que clasifican los tipos estrategias de afrontamiento, estas se describen a continuación:

- 1. Resolución de problemas.** Esta familia agrupa las respuestas de afrontamiento que involucran una acción instrumental y orientada al problema, también aquellas que incluyen el análisis lógico, esfuerzo, persistencia y determinación de llevar a cabo acciones que enfrenten la situación problemática. Estas respuestas buscan que las acciones que se lleven a cabo cambien el entorno y faciliten la adaptación. Los autores también incluyen en esta familia las estrategias de aproximación y focalización en el problema.
- 2. Búsqueda de apoyo social.** Esta familia se refiere a las estrategias de afrontamiento que están orientadas a la búsqueda de un apoyo instrumental, informativo y/o emocional. Este tipo de estrategias son frecuentemente empleadas por los individuos, y han sido clasificadas tanto centradas en el problema como en la emoción.
- 3. Huida/evitación.** En esta categoría Campos et al. (2004) incluyen las estrategias de desconexión cognoscitiva y conductual. Estas se refieren a esfuerzos para evitar pensar en el problema o situación estresante, así como alejarse o escapar de la situación.
- 4. Distracción.** Esta familia contiene respuestas de afrontamiento en el que el individuo realiza esfuerzos para realizar actividades alternativas que permitan concentrarse en actividades agradables y diferentes al problema. En esta familia está asociadas a las estrategias que Skinner et al. (2003) incluyen en la categoría de afrontamiento de control acomodativo.

- 5. Reevaluación o reestructuración cognitiva.** Esta categoría involucra intentos activos para cambiar la forma de pensar acerca de la situación problemática a un punto de vista positivo. Dentro de estas estrategias esta la re-evaluación positiva, el optimismo, minimización de las consecuencias negativas, crecimiento personal, entre otras. Estas estrategias Campos et al. (2004) las ubican dentro de la familia de afrontamiento activo de Skinner et al. (2003)
- 6. Rumiación.** Dentro de esta familia se encuentran las respuestas de focalización repetitiva y pasiva de los aspectos negativos de las situaciones problema. Campos et al. (2004) aseguran que “incluyen formas de afrontamiento de menor orden como pensamientos intrusivos, negativos catastrofismo, amplificación de la ansiedad, auto-inculpación o auto-responsabilización y miedo” (p. 29). Este tipo de estrategias pueden funcionar a corto plazo, aunque generalmente se convierten en un afrontamiento desadaptativo a largo plazo,
- 7. Desesperación y abandono.** Esta categoría está compuesta por acciones en donde el individuo renuncia al control de la situación, incluyen respuestas de abandono conductual como la resignación, rendición, pesimismo, desánimo e indefensión. En general es abandonar cualquier intención de respuestas aun cuando todavía existe la posibilidad de cambiar la situación estresante. Este tipo de afrontamiento ha sido asociado a un mal ajuste psicológico (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001).
- 8. Aislamiento social.** Se refieren a respuestas dirigidas a desvincularse del entorno social, evitar hablar con otros acerca del problema, incluso a ocultarse para que los demás no se enteren de la situación. Compas et al. (2001) incluyen estas respuestas dentro del afrontamiento de desconexión comportamental similares a las propuestas por Carver et al. (1989) quienes las clasifican dentro de los estilos de afrontamiento no funcional.
- 9. Regulación afectiva.** Grupo de estrategias que buscan realizar esfuerzos para expresar las emociones, aunque orientada a que esta expresión sea constructiva y busque disminuir el distress emocional. Están relacionadas más con estrategias de expresión emocional constructiva que a una descarga emocional

descontrolada. En esta categoría están conductas de auto-regulación, auto-control y auto-compasión.

10. Búsqueda de información. Esta categoría se refiere a los esfuerzos en los que la persona intenta manejar la situación buscando información para aprender más sobre la situación, sus causas, consecuencias, significados, para encontrarle un sentido y así mismo buscar aprender cómo manejarla.

11. Negociación. Esta familia involucra estrategias que buscan llegar a un acuerdo para disminuir el malestar y la situación estresante, se emplean sobre todo en situaciones en donde hay un conflicto interpersonal. Son intentos activos de persuadir a los otros para lograr un acuerdo o trato entre las partes involucradas.

12. Oposición y confrontación. Esta categoría incluye respuestas que son empleadas especialmente cuando aparecen estresores interpersonales. Hacen referencia a respuestas en donde la persona expresa su disgusto, malestar o enojo frente a la situación y hasta incluso comportamientos agresivos y responsabilizar a terceros por el problema. Este estilo de afrontamiento se considera como no-funcional e inadaptativo.

13. Rituales públicos, privados y de religión. Esta categoría incluye todas las estrategias que involucran prácticas y rituales religiosos tanto públicos como privados. Estas estrategias según Campos et al. (2004) ayudan a que las personas le den un sentido a la situación y facilita la adaptación.

Como se ha visto hasta el momento, existen diversos tipos y clasificaciones del afrontamiento. Actualmente también se explora la forma en que los individuos afrontan los estresores potenciales que pueden aparecer en el futuro, este tipo de afrontamiento se ha denominado orientado al futuro (Drummond y Brough, 2016; Gan, Yang, Zhou y Zhang, 2007). Dentro de este afrontamiento se han identificado dos tipos, el afrontamiento proactivo y el preventivo (Schwarzer y Taubert, 2002). El primero está directamente relacionado con eventos que pueden ocurrir en el futuro; Schwarzer y Taubert (2002) lo definen como los esfuerzos del individuo para desarrollar recursos que faciliten hacer frente a futuros retos y faciliten el crecimiento personal. El afrontamiento preventivo es diferente al proactivo, porque

este está enfocado en generar recursos que minimizen la severidad del daño que el estresor puede causar en el futuro. En este tipo de afrontamiento el individuo se prepara y organiza para enfrentar eventos estresantes futuros. Estos dos tipos de afrontamiento se consideran como positivos, debido a que se han encontrado asociados con una menor percepción de estrés y con evaluar las situaciones estresantes como oportunidades para crecimiento personal (Gan et al., 2007).

Ahora bien, Folkman y Lazarus (1988) aseguraban que ninguna estrategia es mejor o peor que otra; ya que cada estrategia facilita la adaptación y depende de la situación estresante y el contexto. En algunos casos, las estrategias dirigidas a controlar el ambiente son las más eficaces, sin embargo, esto depende de la naturaleza de la situación, porque si esta no puede modificarse, pueden ser más eficaces otros tipos de estrategias (Campos et al., 2004).

Como se mencionó anteriormente el afrontamiento influye en el bienestar (Lyubomirsky et al., 2005; Vera-Noriega, Sotelo-Quiñones y Domínguez-Guedea, 2005) y la salud mental de los individuos (Aldwin y Revenson, 1987). Algunos investigadores han señalado que el afrontamiento orientado al problema es reconocido como activo dado que puede tener efectos positivos en la respuesta emocional (Folkman y Lazarus, 1988) y en la salud (Shotaro, Masaharu, Takayuki, Akinori y Gen, 2004; Salovey et al., 2000), mientras que el orientado a la emoción genera mayor estrés emocional (Carrobbles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003) y efectos negativos en la salud (Hall, Anderson y O'Grady, 1994). Sin embargo, según otros el tipo de afrontamiento depende de la situación (Carver y Connor-Smith, 2010). Por ejemplo, las estrategias enfocadas al problema, son usadas cuando las personas sienten que hay algo que pueden hacer para manejar el evento; mientras que, las enfocadas a las emociones, suelen usarse más en los casos en que las personas sienten que el estresor debe ser más bien soportado y aceptado, por lo tanto esta estrategia puede ser más adaptativa en las situaciones en que los estresores que son poco controlables, como en el caso de las enfermedades crónicas (Meléndez, Mayordomo, Sancho y Tomás, 2012).

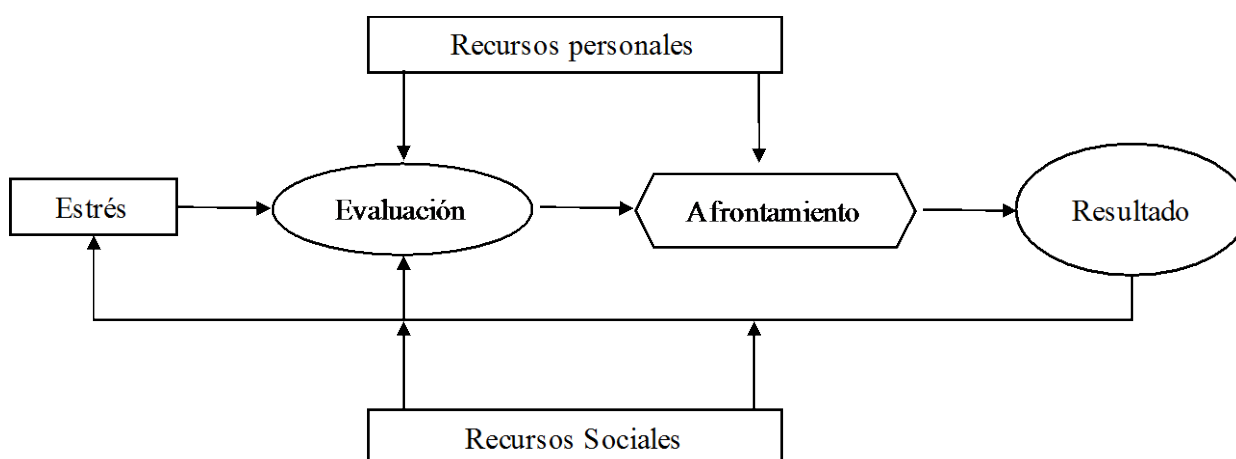
Actualmente existe un avance importante en el estudio del afrontamiento y cada vez este constructo es estudiado de manera diferenciada según la etapa del ciclo de la vida (Meléndez et al., 2012), diferencias individuales culturales (Aldwin, 1991; Carver y Connor-Smith, 2010; Lazarus y DeLongis, 1983), tipos de situaciones estresantes (Carver y Connor-

Smith, 2010; Zimmer-Gembeck et al., 2014; Ouwehand et al., 2008) y género (Crăciun, 2013; Grady et al., 2016; Matud, 2004; Schmied et al., 2015).

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, se ha encontrado que las mujeres usan más un estilo de afrontamiento orientado a la emoción (Crăciun, 2013; Matud, 2004; Meléndez et al. 2012; Schmied et al., 2015), específicamente estrategias como la evitación en comparación con los hombres (Matud, 2003). De manera similar, un estudio con población militar realizado por Schmied et al. (2015) encontraron que las mujeres usan más estrategias como re-evaluación positiva, auto-culpa, negación/evitación y religión que los hombres, aunque las diferencias de sexo en el uso de la religión como forma de afrontamiento dependía del nivel educativo.

Por lo tanto, el afrontamiento es un proceso que no solamente resulta de la evaluación y atribución que hace el individuo respecto al estresor, sino que está influido por las variables psico-sociales (ver Figura 8) y la experiencia previa del individuo (Aldwin, 1991). Campos et al. (2004) definen el afrontamiento como “un proceso complejo y multidimensional que es sensible tanto la ambiente como a la personalidad” (p. 25). Como lo afirman Lazarus y DeLongis (1983) el afrontamiento debe ser estudiado teniendo en cuenta los eventos que son significativos para los individuos según la etapa del ciclo vital en la que se encuentre, porque el entorno, las atribuciones, significados y capacidades cambian.

Figura 8. Modelo transaccional del afrontamiento. Tomado de Zimmer-Gembeck y Skinner (2014, p. 3).



Otro de los aspectos que se ha estudiado recientemente es la *flexibilidad en el afrontamiento*, este constructo se refiere a la implementación de varias estrategias de afrontamiento y la capacidad de ajustarlas a los diferentes retos de la vida (Cheng, Lau y

Chan, 2014). Uno de los conceptos fundamentales de la flexibilidad del afrontamiento es la idea de que la efectividad de las estrategias varían según la situación (Bonanno, Pat-Horenczyk y Noll, 2011; Kato, 2012). Por ejemplo, Bonanno, Papa, Lalande, Westphal y Coifman (2004) encontraron que una adaptación exitosa ante sucesos traumáticos estaba asociada a la capacidad del individuo de ser flexible tanto para suprimir como mejorar la expresión emocional. En general, la capacidad de ser flexible en el afrontamiento, teniendo la capacidad de implementar diferentes tipos de estrategias, se ha asociado a un mejor ajuste psicológico (Bonanno, 2004; Bonanno y Burton, 2013; Cheng et al., 2014).

Cheng et al. (2014) realizaron un meta-análisis acerca de los beneficios de la flexibilidad en el afrontamiento y sus definiciones. Estos autores encontraron cuatro enfoques que están presentes al momento de definir este constructo, los cuales son: (a) amplio repertorio de respuestas, (b) variabilidad transituacional, (c) estrategia ajustada a la situación; y, (d) habilidad de meta-afrontamiento. Cada uno de ellos se describe a continuación.

El primer enfoque es el de un *amplio repertorio de estrategias de afrontamiento*, este responde a lo propuesto por Pearlin y Schooler (1978) quienes aseguraban que la eficacia del afrontamiento depende de que tantas estrategias el individuo tiene en su repertorio de respuestas de afrontamiento, para estos autores, una sola respuesta de afrontamiento es menos efectiva que tener un amplio rango de estas. Estos autores afirmaban que “la eficacia del afrontamiento no depende de lo que hagamos si no de que tanto hacemos” (p.14). Sin embargo, Cheng et al. (2014) no encontraron evidencia clara al respecto, por lo tanto, no apoyan el supuesto de que entre más estrategias mejor afrontamiento.

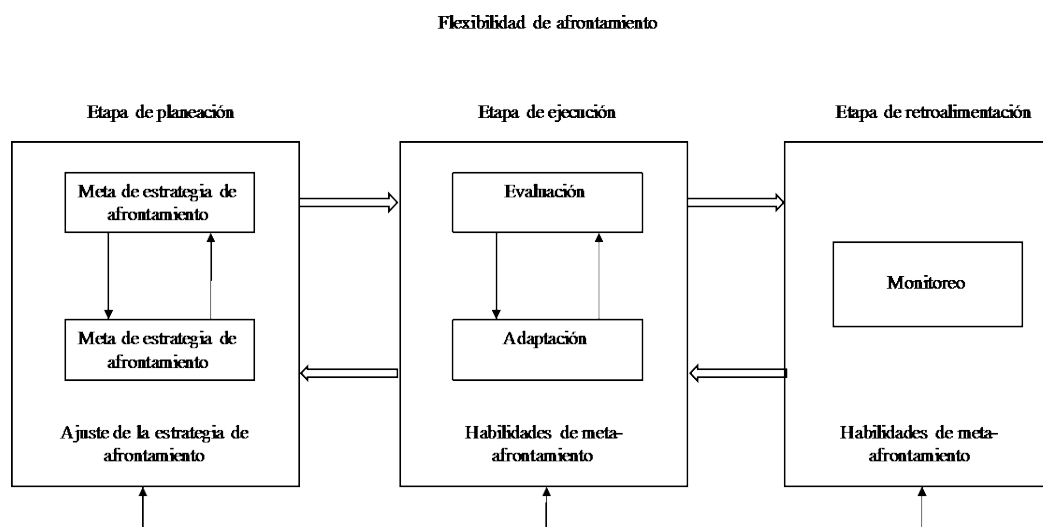
El segundo lo llaman enfoque de *variabilidad transituacional*, este concepto es similar al modelo transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1987), por lo tanto en este factor el afrontamiento flexible se refiere a la capacidad para llevar a cabo respuestas eficaces para una variedad de situaciones estresantes (Cheng et al., 2014).

El tercer concepto que reportan Cheng et al. (2014) y que se debe tener en cuenta para conceptualizar el afrontamiento flexible, es el *enfoque de ajuste*. Es similar al anterior, la diferencia es que este resalta que para que el afrontamiento sea considerado flexible el individuo debe ser capaz de elegir la o las estrategias que mejor se ajuste a los eventos estresantes. Específicamente se refiere a que “los individuos tengan la capacidad de adaptarse

a los cambios del ambiente respondiendo de diferentes maneras, y que cada variabilidad de la respuesta se considera adaptativa sólo si las respuestas pueden satisfacer las demandas situacionales específicas” (p. 1584).

Por último está el enfoque de *habilidades de meta-afrontamiento*, se refiere a que después de la etapa planeación los individuos deben tomar decisiones para llevar a cabo las respuestas de afrontamiento, esto involucra procesos de monitoreo y evaluación de los esfuerzos de afrontamiento, evaluación de los resultados y adaptación (Cheng et al., 2014; Kato, 2012). Este enfoque se basa en el modelo de afrontamiento del proceso dual de Brandtstädter y Rothermund (2002) quienes proponen un marco para comprender como los individuos negocian con las demandas que pueden poner en conflicto sus metas y de qué manera se ajustan para poderlas cumplir, esto lo hacen a través de dos procesos la asimilación y la acomodación. Estas habilidades de meta-afrontamiento facilitan la retroalimentación después de cada fase. En general el avance científico y teórico del constructo de afrontamiento flexible está todavía en desarrollo. En la figura 9 se presenta el modelo propuesto por Cheng et al. (2014) de la conceptualización del afrontamiento flexible.

Figura 9. Modelo de conceptualización del afrontamiento flexible. Tomado de Cheng et al. (2014, p. 1598).



Los estilos de afrontamiento parecen cambiar según la etapa del ciclo vital. En los adultos mayores la percepción de control disminuye (Mirowsky, 1997; Thompson y Spacapan, 1991) lo que resulta en que los mayores tiendan a usar más estrategias de afrontamiento pasivas y orientadas a la emoción que los jóvenes (Folkman et al., 1987; Hunt,

Wisocki y Yanko, 2003; Meléndez et al., 2012). Meléndez et al. (2012) consideran que las personas mayores usan más estrategias orientadas a la emoción debido a que el tipo de eventos estresantes que experimentan en esta etapa de la vida están relacionados con el deterioro de la salud y pérdidas. Además, encontraron leves diferencias entre hombres y mujeres mayores. Refieren que las mujeres presentan más estrategias como auto-focalización negativa y religión, mientras que los hombres más estrategias de evitación. Sin embargo, también se ha reportado los adultos mayores hacen uso de estrategias tanto orientadas al problema como a la emoción para hacer frente a la vejez (Levasseur y Couture, 2015).

Respecto a la asociación entre afrontamiento y bienestar en población mayor se ha observado que el uso de estrategias como escape-evitación están asociadas a una baja participación (Levasseur y Couture, 2015), un mayor deterioro de la salud física (Hermsen et al., 2016) y menor satisfacción con la vida en la vejez (Caccioppo et al., 2008; Vera-Noriega et al., 2005). Mientras que el afrontamiento de aproximación se relaciona con una mayor satisfacción (Levasseur y Couture, 2015).

En relación al afrontamiento orientado a la emoción que se ha encontrado asociado a distres (Carrobbles et al., 2003). Existe evidencia que en la adultez mayor no necesariamente trae consigo consecuencias negativas. Por ejemplo, Smalls et al. (2012) comprobaron que las personas mayores con diabetes que usan estrategias de afrontamiento basadas en procesamiento emocional tienen un mejor auto-cuidado, conocimiento de la enfermedad y compromiso con el tratamiento y que quienes hacen uso de estrategias orientadas a comunicar las experiencias emocionales tienen comportamientos de auto-cuidado. Según Lin (2016) el afrontamiento activo tanto orientado a la emoción o al problema se plantea como mediador de gratitud y bienestar. Caccioppo et al. (2008) en el estudio de Chicago de Salud, envejecimiento y relaciones sociales encontraron que la búsqueda de apoyo emocional se relacionaba positivamente con la felicidad.

El afrontamiento por medio de la religión se ha encontrado asociado a un mayor bienestar psicológico, ya que permite ver los eventos estresantes como oportunidades y facilita el crecimiento personal, aunque esta relación sucede cuando la religión es un aspecto fundamental en la vida y la ven como guía, apoyo y le dan sentido a la adversidad (Krause 2003; Myers, 2008). Mientras que cuando la religión es considerada como una herramienta

que facilita la participación social, las personas manifiestan sensación de abandono y rabia hacia sus creencias (Maltby y Day, 2003; Pargament, Tarakeshwar, Ellison y Wulff, 2001). El afrontamiento religioso negativo se ha encontrado asociado a mayores niveles de depresión y menor calidad de vida (Herbert, Zdaniuk, Schulz y Scheier, 2009; Herrera, Lee, Nanyonjo, Laufman y Torres-Vigil, 2009; Pargament et al., 2001)

Por otro lado, investigadores como Hanevold, Corazzini y Selbæk, (2016) aseguran no haber encontrado relación entre un tipo de afrontamiento y una evaluación positiva de la vida. Por otro lado, Tomás, Sancho, Melendez y Mayordomo (2012) comprobaron que el bienestar psicológico era explicado solamente por el afrontamiento resiliente, sin la necesidad de incluir las estrategias de afrontamiento orientadas al problema ni a la emoción.

2. Resiliencia y bienestar subjetivo.

El interés por el estudio de la resiliencia se ha incrementado en las últimas dos décadas y se ha vuelto popular en las ciencias sociales (Wild, Wiles y Allen, 2013), especialmente por su relación con el bienestar y calidad de vida (Windle, 2010). El ser humano enfrenta retos todos los días y la acumulación de estos ha demostrado influir en el bienestar (Almeida, 2013).

El bienestar, está ligado a aspectos tanto sociodemográficos, como a las necesidades, retos y características de cada etapa de la vida (Keyes et al., 2002). Por ejemplo, parece constatado que en la adultez mayor se experimentan altas limitaciones biológicas y sociales, especialmente cuando el nivel educativo es bajo y su nivel económico es precario. Así mismo, diversos trabajos informan de cómo el nivel de dependencia evaluado mediante la capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria es una variable que modula el bienestar del sujeto, sin embargo, algunos trabajos señalan como en esta etapa de la vejez se ha observado que cuando las personas mayores han logrado manejar situaciones difíciles durante su vida, han aprendido a ser resilientes, por lo que manifiestan satisfacción con su vida (Beutel, Glaesmer, Decker, Fishbeck y Brähler, 2009; Keyes et al., 2002; Ong, Bergeman, Bisconti y Wallace, 2006). La resiliencia se ha reportado asociada a personas que tienen la capacidad de tener un afrontamiento flexible ante la adversidad y los diferentes retos que trae consigo la

vida (Mancini y Bonanno, 2009).

2.1. El concepto de Resiliencia.

La conceptualización de la resiliencia es compleja debido a las dificultades que existen para operacionalizarla y los diversos enfoques desde los cuales se ha estudiado (Waller, 2001; Windle, 2010). Es por esto, que existen múltiples definiciones del concepto de resiliencia, aunque no todas llegan a un mismo acuerdo, a nivel general la resiliencia es entendida como la capacidad de los individuos para adaptarse positivamente y mantener un adecuado funcionamiento psicosocial durante la adversidad (Beutel, Glaesmer, Decker, Fischbeck y Brähler, 2009; Ong, Bergeman y Boker, 2009).

A pesar de que el estudio de la resiliencia se ha dado especialmente en un contexto de adversidad, también existe investigación acerca de cómo las personas enfrentan las dificultades comunes de la vida (Wild et al., 2013). Almeida (2013) refiere que los estresores diarios a los que se enfrenta una persona tiene un efecto más inmediato en el bienestar que los eventos más estresantes de la vida. Así mismo, desde una mirada del ciclo de la vida se ha estudiado la resiliencia como respuesta a las crisis y transiciones asociadas al envejecimiento (Baumman, Harrison y Waldo., 2001) y como la resiliencia es un factor protector, entendida como la capacidad para moderar el potencial efecto de los eventos adversos y dificultades (Harris, 2008; Waller, 2001).

Richardson, Neiger, Jenson y Kumpfer (2002) identifican tres diferentes momentos en los que se había estudiado hasta ese momento la resiliencia, resaltaron tres principales olas de estudio, las cuales se exponen en la tabla 3.

Tabla 3. Tres olas de investigación sobre resiliencia. Tomado de Richardson et al. (1990, p. 308).

	Descripción	Resultado
Primera ola: Cualidades de la resiliencia	Descripciones fenomenológicas de las características positivas de los individuos resilientes y de los sistemas de apoyo que predicen un éxito social y personal	Listado de cualidades y factores que ayudan a las personas a crecer a través de la adversidad (sistemas de apoyo, auto-eficacia)
Segunda ola: El proceso de resiliencia	Resiliencia es el proceso de afrontamiento a estresores, a la adversidad, al cambio u oportunidad para la identificación, fortalecimiento de los factores protectores.	Describe el proceso para el desarrollo de resiliencia o las cualidades de una persona resiliente descritas en la primera ola de investigaciones
Tercera ola: Resiliencia innata	Identificación multidisciplinaria de las fuerzas motivacionales dentro de los individuos y grupos así como la creación de experiencias que promueven la activación y utilización de fuerzas motivacionales.	Ayuda a los estudiantes y consultantes a descubrir y aplicar la fuerza que direcciona a la persona para auto-actualización y a una recuperación resiliente de la adversidad.

Clasificaciones más recientes establecen que el estudio de la resiliencia se ha dado desde tres diferentes enfoques, de manera que algunos lo hacen desde la personalidad (e.j. Ong et al., 2009; Hu, Zhang y Wang, 2015); de forma similar algunos investigadores estudian la resiliencia como rasgo (Richardson et al., 1990) en los que predomina el interés por profundizar en la fuente de motivación y la resiliencia como proceso de afrontamiento de los individuos expuestos a adversidades; otros desde modelos bio-psico-sociales (Davydov, Stewart, Ritchie y Chaudieu, 2010; Masten y Powell, 2003; Ryff, Friedman, Morozink y Tsenkova, 2012); y actualmente hay una corriente ecológica que asegura que la resiliencia es un proceso influido por aspectos psico-sociales y culturales (Cárdenas y López, 2010; Ungar, 2010; Wild et al., 2013; Windle y Bennett, 2011). A pesar de las múltiples definiciones de la resiliencia, la mayoría coincide en que el concepto está evolucionando de ser una característica individual a ser considerada un proceso que no implica ausencia de vulnerabilidad (Waller, 2001).

Este constructo en las ciencias sociales se ha estudiado especialmente desde la psicología del desarrollo (Baumman et al., 2001; Wild et al., 2013). Inicialmente, la resiliencia fue conceptualizada como un rasgo de personalidad que algunos niños parecían tener, que los protegía de la adversidad y permitía lograr un desarrollo exitoso (Waller, 2001). Block y Block (1980) son unos de los pioneros del estudio de la resiliencia como rasgo de personalidad. Estos autores conceptualizaron a esta característica individual como personalidad ego-resiliente, y la definieron como “la capacidad dinámica de un individuo para modificar su nivel modal de ego-control en cualquier dirección en función de las características de la demanda y el contexto” (p. 48). En general, la personalidad ego-resiliente se entiende como la capacidad para adaptarse, mantenerse y recuperarse en la adversidad (Block y Block, 1990; Huey y Weisz, 1997). Esta perspectiva señala que una persona resiliente es auto-eficaz, audaz, determinada, y logra un significado en la vida (Block y Block, 1980; Wagnild y Young, 1990; Werner y Smith, 1982).

Por otro lado, Polk (1997) propone un modelo de afrontamiento resiliente, en donde asegura que una persona resiliente es capaz de usar los recursos y habilidades de manera flexible y eficiente para afrontar los problemas, por lo tanto logra adaptarse de manera positiva a la adversidad. El modelo propuesto por Polk (1997) clasifica las características de

la resiliencia en cuatro categorías que denomina patrones, los cuales son: el disposicional que se refiere a las diferencias individuales, el relacional que está asociado con las habilidades sociales, el filosófico que se refiere a las creencias personales y sentido de vida, y por último el situacional que está relacionado con el afrontamiento.

Según esta corriente, las emociones positivas son un componente fundamental del rasgo de personalidad resiliente (Ong et al., 2006), las personas con una personalidad resiliente son más optimistas, activas, y tienen una actitud abierta a nuevas experiencias (Block y Block, 1990). El rasgo de personalidad resiliente aparece relacionado con una tendencia a presentar más emociones positivas, las cuales regulan las emociones negativas (Fredrickson, 2001; Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003; Tugade y Fredrickson, 2011).

Se han observado diversos beneficios asociados a la personalidad resiliente, uno de ellos es que experimentan una mayor frecuencia de emociones positivas, esto influye en una recuperación cardiovascular más rápida en momentos de un *arousal* emocional negativo (Tugade y Fredrickson, 2011). Por otro lado, Hu et al., (2015) realizaron un meta-análisis para evaluar la asociación entre resiliencia y salud mental. Los resultados mostraron, con un tamaño del efecto moderado, evidencia de una relación inversamente proporcional entre el rasgo de resiliencia e indicadores negativos de salud mental, mientras que se encontró una relación positiva con los indicadores positivos de la salud mental, esta relación se encontró más fuerte para las poblaciones adultas en comparación con los niños y jóvenes. Adicionalmente, los resultados mostraron cómo el rasgo de personalidad resiliente parece proteger a los individuos de los efectos negativos de la adversidad. Estos autores concluyen que la resiliencia es vital para el bienestar subjetivo y el afecto positivo.

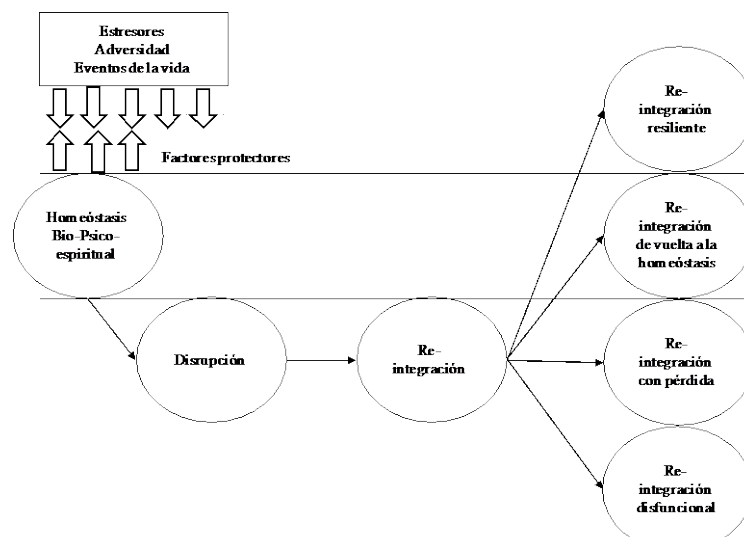
Los beneficios de la personalidad resiliente también se han documentado en la población mayor. Ong et al. (2006) encontraron que el rasgo resiliente modera la relación entre estrés y emociones negativas. Las personas con bajos niveles de este rasgo, presentaron una relación inversamente proporcional entre emociones positivas y negativas diarias, la cual aumentó en situaciones de altos niveles de estrés; mientras que las personas con un alto rasgo resiliente no presentaron esta asociación, ni siquiera en situaciones de estrés significativo. Estos hallazgos indican que las personas con una personalidad resiliente tienen capacidad de experimentar emociones positivas en contextos de adversidad. Estos mismos autores en un

segundo estudio con mujeres mayores viudas hallaron que la personalidad resiliente y la experiencia de emociones positivas facilitan el afrontamiento a la pérdida y se convierte en un factor protector.

La perspectiva de personalidad resiliente tiene algunas limitaciones, pues supone que algunos individuos son “no-vulnerables” y se enfoca solo en los factores individuales, sin tener en cuenta variables socio-culturales, de las cuales hay evidencia sobre su influencia en el desarrollo de la resiliencia (Waller, 2001). Por estas falencias, aparecen las propuestas que aseguran que la resiliencia es un proceso que se puede desarrollar (Ungar, 2010) y las miradas eco-sistémicas del constructo que hacen énfasis en la interacción entre el individuo y su ambiente (Waller, 2001).

El modelo de Richardson et al. (1990), establece una transición entre la mirada de las características individuales al involucrar otros factores, este modelo lineal explica como una persona o grupo atraviesa por diferentes etapas de ‘homeóstasis bio-psico-espiritual’, la forma en que interactúa con sucesos de la vida y logra una reintegración resiliente que permite volver a una homeostasis o por lo contrario se queda en la situación de pérdida. Este modelo plantea que es un medio por el cual la persona tiene la oportunidad de elegir conscientemente o inconscientemente los resultados asociados a la forma en que reaccionan a los eventos de la vida. En este proceso lineal se diferencia como se logra una reintegración resiliente, la cual se refiere a un afrontamiento que genera crecimiento personal y aumento de la capacidad de respuesta resiliente, de una reintegración a la forma inicial, una reintegración con pérdida y una reintegración disfuncional (ver Figura 10).

Figura 10. Modelo de resiliencia de Richardson et al. (1990) Tomado de Richardson (2002, p. 311).



Este modelo inicia bajo la premisa de que cuando la persona está adaptada a su vida hay una homeóstasis bio-psico-espiritual, esta estabilidad es amenazada constantemente por estresores, adversidades y oportunidades, por lo tanto si la persona dispone de suficientes recursos internos podrá adaptarse sin sufrir rupturas significativas, lo que lo lleva a una reintegración resiliente o lo devuelve a su estado inicial de homeóstasis, mientras que si el sujeto no logra volver al estado inicial, porque está desmotivado, o lleva a cabo comportamientos destructivos (ej. uso alcohol o drogas, así como otras conductas de riesgo) para manejar las rupturas o retos estas tendrán una reintegración con pérdida o una reintegración disfuncional. Este modelo plantea que la superación de los eventos estresantes está determinada por recursos internos y ambientales del individuo (Richardson, 2002; Richardson et al., 1990).

Desde una mirada bio-psico-social las definiciones contemporáneas aseveran que la resiliencia va más allá de la ausencia de psicopatología y que las personas resilientes sí experimentan perturbaciones en su funcionamiento normal, pero a pesar de esto logran una estabilidad en su funcionamiento a lo largo del tiempo (Bonanno, 2004).

Zautra, Hall y Murray (2010) la definen como “un resultado de una adaptación exitosa a la adversidad” (p. 4). Para estos autores las características del individuo y la situación influyen en el desarrollo de resiliencia, siempre y cuando generen un resultado de sana adaptación. Como aseguran Masten (2001) y Masten y Powell (2003) para hablar de resiliencia es fundamental que esta definición incluya que las personas puedan recuperarse y volver a un equilibrio, así como seguir “sosteniéndose” o manteniéndose capaces de afrontar futuros eventos adversos. La capacidad de “sostenerse” o el término en inglés *sustainability* se ha asociado a una salud mental estable y se refiere a la conservación de la energía y lograr mantener un compromiso de buen funcionamiento en las diferentes áreas de ajuste adaptándose a los desafíos psicosociales (Zautra et al., 2010).

Masten (2001) asegura que para que se logre la resiliencia se deben cumplir dos condiciones: (a) el individuo debe haber experimentado alguna situación adversa que amenaza su funcionamiento psicosocial y (b) el individuo debe desarrollar una adaptación positiva que lo protege del daño y facilita un adecuado funcionamiento psico-social. Sin embargo, estas

condiciones no son claras, pues ¿qué es una situación adversa o riesgo? (Wild et al., 2013) y ¿qué es una adaptación exitosa? Las dos dependen de la valoración del individuo, sus recursos, factores culturales, sociales y todos dependen de la etapa del ciclo vital (Donnellan, Bennett y Soulsby, 2014; Gooding, Hurst, Johnson y Tarrier, 2012). Fergus y Zimmerman (2005) definen la resiliencia como un proceso en el cual el individuo busca salir adelante de la adversidad, para estos autores la resiliencia es un afrontamiento exitoso a la exposición al riesgo y adversidad, y para que aparezca deben cumplir con la presencia de riesgo y factores de protección. Ryff et al. (2012) hablan en términos de *resiliencia psicológica*, la cual definen como: “la capacidad para mantener o recuperar el bienestar psicológico frente a la adversidad, es decir lograr un florecimiento, desarrollo y funcionamiento efectivo a pesar de las circunstancias” (p. 74). Sagone y Caroli (2014) realizaron un estudio con población adolescente, y hallaron a través de regresiones lineales usando el método paso a paso, que las dimensiones de auto-aceptación, crecimiento personal y dominio del ambiente eran los mejores predictores de la resiliencia.

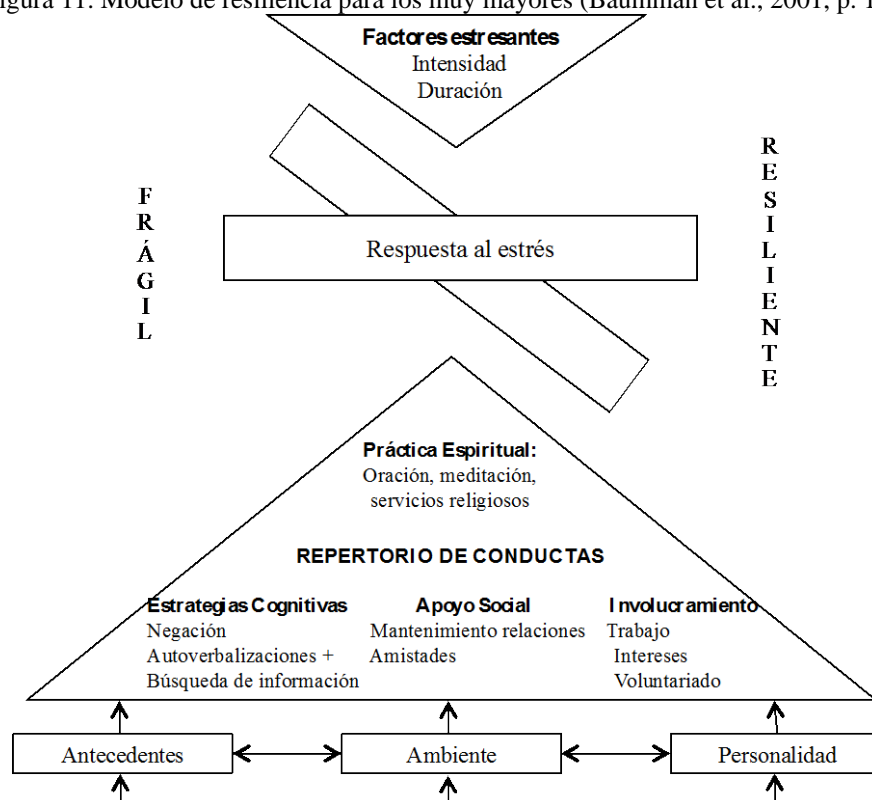
La resiliencia desde una mirada ecológica tiene una perspectiva del ciclo de la vida y la comprende como un constructo multidimensional explicado por el contexto histórico, las características bio-psico-sociales y sus interacciones (Baumman, Harrison, Waldo, 2001). Estudiar la resiliencia desde un enfoque del ciclo de vida es fundamental, ya que cada etapa trae consigo diferentes retos y adversidades, además los recursos y habilidades cambian (Tomás, Sancho, Meléndez y Mayordomo, 2012b; Windle, 2010).

Por ejemplo, se ha comprobado que las personas mayores son más resilientes (Gooding et al., 2012; Ong et al., 2009). Al parecer los eventos vitales asociados a la vejez como la pérdida de seres queridos, presencia de enfermedades crónicas, jubilación entre otros facilitan el desarrollo de resiliencia (Beutel et al., 2009; Daatland y Hansen, 2007; Ong et al., 2009). Adicionalmente, a pesar del declive en diferentes funciones observado en la adultez mayor, existe evidencia de que el funcionamiento emocional es estable en esta etapa de la vida (Carstensen et al., 2000; Ong y Bergeman, 2004).

Baumman et al. (2001) proponen un modelo de resiliencia para los mayores en edades avanzadas. Este modelo se basa en una perspectiva de la resiliencia como proceso y no solo

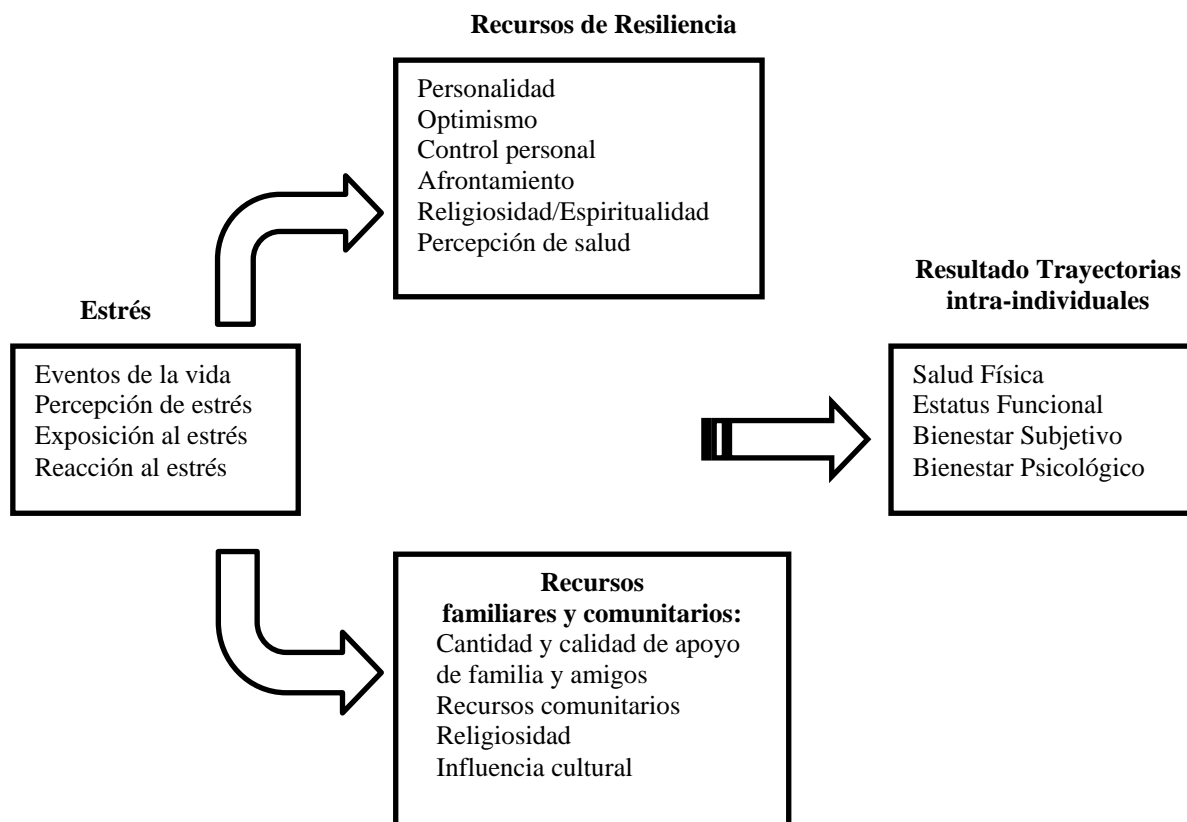
como un rasgo de personalidad. Presenta la resiliencia con una barra que se balancea entre el desarrollo de ésta o la fragilidad. El movimiento de la barra está influido por el tipo de situación estresante y su duración, la selección de la respuesta está afectada por sus características socio-demográficas (cohorte, edad, sexo, nacionalidad) y antecedentes, estado cognoscitivo y físico, personalidad y factores ambientales. Todo esto resulta en cuatro tipos de respuestas: (a) cognoscitivas, (b) apoyo social, (c) involucramiento de actividades; y, (d) prácticas y creencias espirituales (ver Figura 11).

Figura 11. Modelo de resiliencia para los muy mayores (Baumman et al., 2001, p. 17).



Ong y Bergeman (2004) defienden la premisa de que las personas envejecen de maneras diferentes, por esto es fundamental para la gerontología comprender y tratar de explicar esta diversidad. Estos autores también proponen un modelo sobre el proceso de resiliencia en la adultez mayor, en donde incluyen las variables individuales, como la personalidad, el optimismo y fortalezas personales, variables sociales y contextuales, el tipo de apoyo que reciben y las redes sociales, recursos comunitarios e influencias culturales. Los autores aseguran que los recursos de resiliencia influyen directamente en la salud y el bienestar (ver Figura 12).

Figura 12. Representación conceptual del proceso de resiliencia, experiencia de estrés, recursos y su impacto en el bienestar (Ong y Bergeman, 2004 p. 225).



Ong y Bergeman (2004) aseguran que la percepción de control es una dimensión particularmente relevante para el bienestar en la población mayor, así como un promotor de resiliencia. El control ha sido definido de múltiples maneras, estos autores lo conceptualizan como: “el grado en que los individuos creen estar a cargo de lo que sucede en sus vidas, incluye la habilidad para lograr resultados esperados a través de su propia capacidad (interna) o la capacidad de respuesta de otras personas o de fuerzas aleatorias (externas)” (p. 226). En la adultez mayor se ha observado una disminución del control lo que se asocia con una disminución en la salud física y mental (Ong y Bergeman, 2004).

Ahora bien, existen diversos factores asociados al desarrollo de resiliencia, como los son las diferencias individuales y características del entorno. Adicionalmente Mancini y Bonanno (2009) aseguran que también depende de la situación adversa. Por esto se ha estudiado el desarrollo de resiliencia en situaciones adversas específicas, como por ejemplo ante la pérdida de seres queridos, debido a que los factores que promueven resiliencia ante

este evento pueden no funcionar ante otras adversidades (Bonanno, 2004a; Bonanno, Field, Kovacevic y Kaltman, 2002; Bonanno, Papa y O'Neill, 2001).

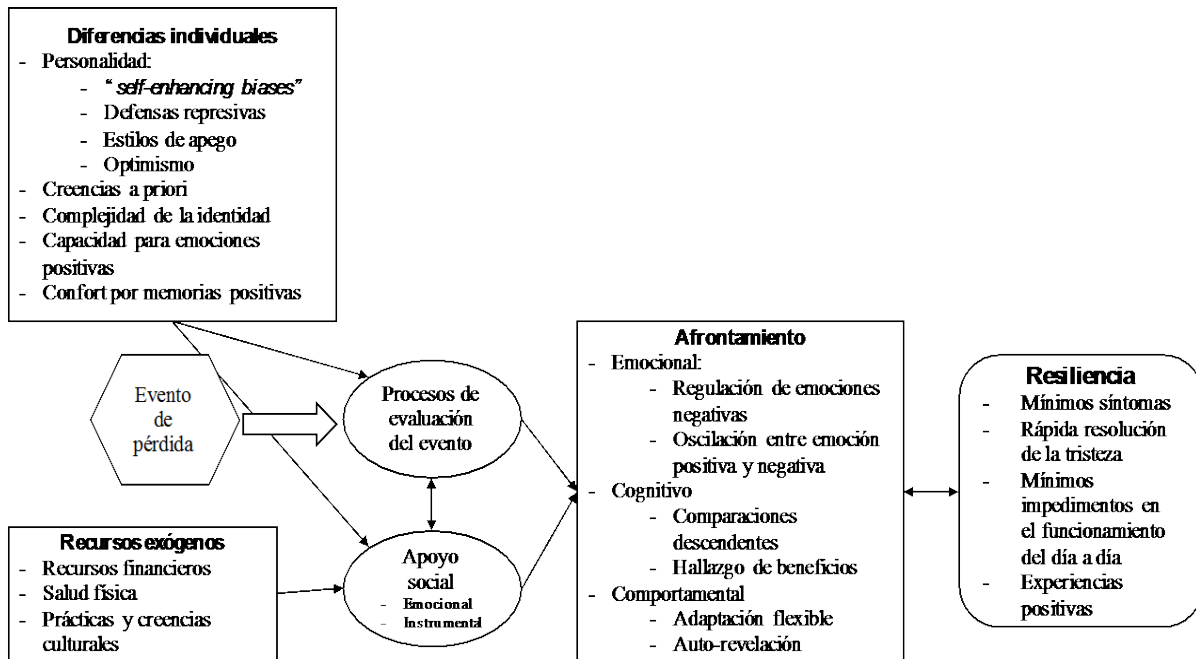
Mancini y Bonanno (2009) consideran que para definir resiliencia es fundamental que las personas hayan experimentado un evento extremadamente adverso, por ello para estos autores definir la resiliencia como rasgo de personalidad no tiene sentido, porque consideran que la resiliencia es un resultado que aparece después de exponerse a un evento altamente estresante. Los investigadores consideran que la resiliencia se debe diferenciar de las respuestas más comunes ante la pérdida, como lo son la disfunción crónica y recuperación. Por esto resaltan que la resiliencia no significa que las personas dejen de sentirse afectadas por la pérdida sino más bien que logren y mantengan un adecuado funcionamiento.

Mancini y Bonanno (2009) proponen un modelo de desarrollo de la resiliencia, con base en la premisa de que los factores asociados a estas son múltiples y heterogéneos. Como se observa en la Figura 13 las diferencias individuales influyen en el afrontamiento lo que es mediado a través de la evaluación del evento de pérdida y el apoyo social, los que pueden facilitar un afrontamiento efectivo, dependiendo de estos procesos se desarrollaría o no la resiliencia. Para este modelo, la evaluación de la pérdida juega un papel fundamental en el afrontamiento, esta valoración depende de las diferencias individuales y los recursos externos del individuo.

Este modelo asegura que la evaluación del evento de pérdida influye en la probabilidad de tener memorias positivas, de aumentar o disminuir las valoraciones negativas de la pérdida lo que influye en los caminos o vías que promueven la no resiliencia (Mancini y Bonanno, 2009). Por ejemplo, las personas definidas como “*self-enhancers*”, entendido como los individuos que tienen una percepción muy positiva de sí mismos (Kwan, John, Kenny, Bond y Robins, 2004), o sobre-estiman su capacidad y se considera una característica del rasgo de personalidad narcisista (Paulhus, 1998); por lo tanto tienden a evaluarse como muy capaces para manejar el problema y el entorno, estas personas pueden lograr mitigar la percepción de la severidad del estresor y tener un menor arousal (Mancini y Bonanno, 2009; Taylor, Lerner, Sherman, Sage y McDowell, 2003). Mientras que las personas que implementan estrategias de afrontamiento represivo son vulnerables a tener un aumento en la

respuesta psicofisiológica y a evaluar el estresor como muy adverso. Adicionalmente, el modelo, resalta que la disponibilidad de recursos sociales facilita el desarrollo de la resiliencia.

Figura 13. Modelo de resiliencia de Mancini y Bonanno (2009, p. 21).

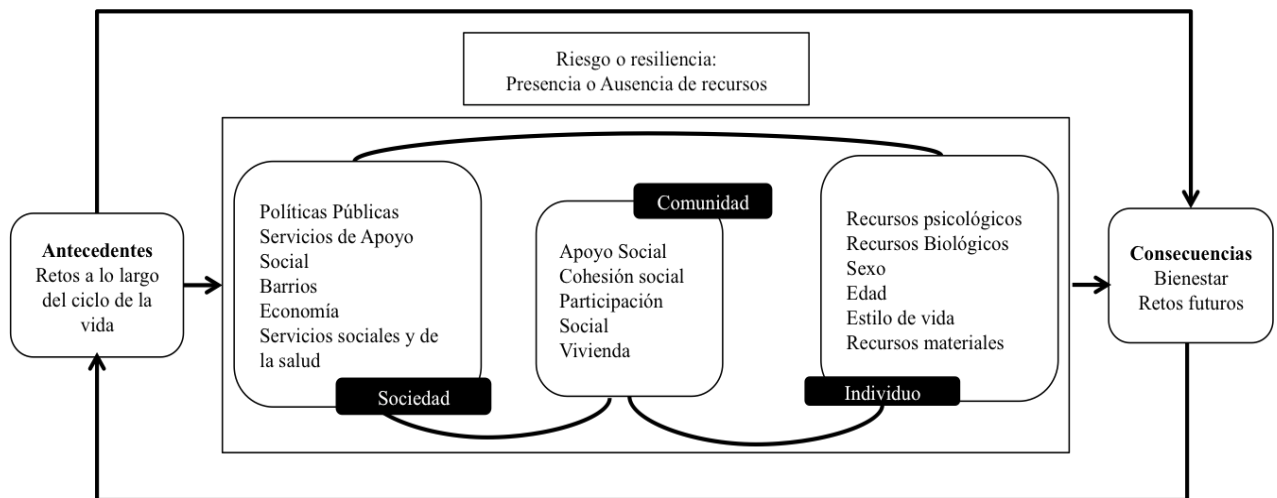


Por otro lado, una de las definiciones más recientes de resiliencia que contemplan una mirada del ciclo vital es la de Windle (2010). Esta investigadora realizó una revisión de cerca de 270 artículos y junto con la opinión de expertos construyó una definición que tiene en cuenta el contexto asociado a las diferentes etapas del ciclo de vida, esta definición es:

“La resiliencia es el proceso de negociación, manejo y adaptación a fuentes de estrés significativas. Los recursos personales y los del entorno del individuo facilitan la capacidad de adaptarse y resistir la adversidad. A lo largo del ciclo de la vida las experiencias de resiliencia varían” (p. 12).

Esta definición plantea la resiliencia como un proceso, que no necesariamente genera un florecimiento, sino un mantenimiento del funcionamiento psico-social (Windle, 2010). Con base en esta definición Windle y Bennett (2011) proponen un modelo en el que explican el proceso de desarrollo de resiliencia (ver Figura 14). Este modelo de enfoque ecológico busca entender a las personas en su contexto y evalúa sus interacciones en este (Windle y Bennett, 2011).

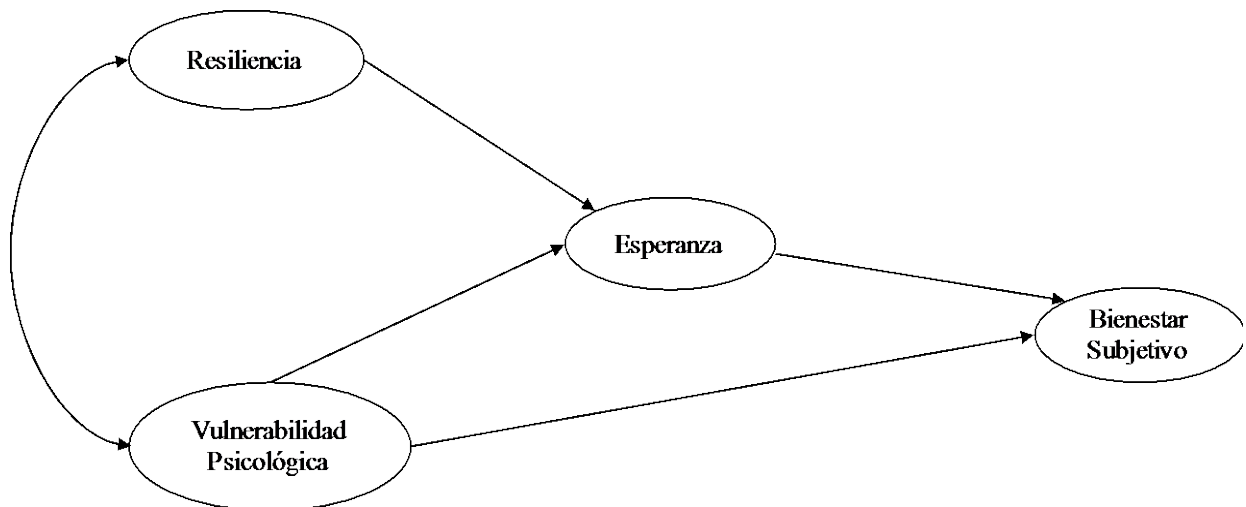
Figura 14. Modelo ecológico de resiliencia tomado de Windle y Bennett (2011, p. 220).



Los estudios desde un enfoque ecológico han demostrado que definitivamente los aspectos culturales influyen en la resiliencia. Por ejemplo, los latinos son comúnmente resilientes (Fuller y García Coll, 2010; Schultz, Roditti y Gillette, 2009). Este fenómeno es atribuido a valores culturales, como lo son la importancia atribuida a la familia y a tener relaciones familiares cercanas (Campos et al., 2008), contar con una amplia red social y las creencias religiosas (Gallo, Penedo, Espinosa De Los Monteros y Arguelles, 2009; Ong y Bergeman, 2004).

Debido a los múltiples beneficios asociados a la resiliencia (Bennett, 2010; Bonanno, 2004b; Browne, Mokuau y Braun, 2009) su estudio resulta fundamental. La resiliencia se ha encontrado relacionada con mayores niveles de bienestar psicológico. Por ejemplo, Verma (2016) encontró en un grupo de jóvenes que vivían en albergues que la resiliencia explicaba el 22% de la varianza del bienestar psicológico, tanto en el grupo de hombres como de mujeres. Por otro lado, como se había mencionado anteriormente Tomás et al. (2012a) encontraron que la resiliencia explicaba mejor el bienestar psicológico que los estilos de afrontamiento. Satici (2016) estudió en población universitaria el rol mediador de la esperanza en la relación entre la resiliencia y el componente afectivo del bienestar subjetivo. Los resultados plantean un modelo en el que la resiliencia tiene un efecto en el bienestar subjetivo mediado a través de la esperanza y la vulnerabilidad psicológica (ver Figura 15).

Figura 15. Modelo de resiliencia, esperanza y componente afectivo del bienestar subjetivo (Satici, 2016, p. 71).



Continuando con los beneficios asociados a la resiliencia Zautra et al. (2010) hacen una propuesta sobre resultados positivos que pueden estar asociados a la resiliencia y a través de qué recursos estos pueden ser generados (ver Tabla 4).

Tabla 4. Resiliencia y resultados hipotéticos asociados (Zautra et al. 2010, p. 16).

Recursos	Resultados hipotéticos
Recuperación individual <ul style="list-style-type: none"> • Variabilidad en el ritmo cardiaco • Apoyo de la red social • Capacidad de afrontamiento/expectativas • Células T ayudadoras tipo 1 y 2 (Th1/Th2) balance respuesta inmune 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperación fisiológica después del estrés • Baja depresión o ansiedad después de la pérdida • Prevención de inhabilidad • Respuesta rápida del sistema inmune
Sostenibilidad individual <ul style="list-style-type: none"> • Tener un propósito • Claridad y conciencia emocional • Conexión social/afiliación 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de emociones positivas y esperanza • Altos niveles de diferenciación / complejidad emocional • Mantenimiento de significado y valor social bajo estrés
Recuperación familiar y en la comunidad <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación empática por la familia/barrio/comunidad • Entrenamiento para responder de manera rápida a las crisis • Equidad en los recursos locales 	<ul style="list-style-type: none"> • Rápido retorno al ritmo normal de la comunidad después de un desastre • Ausencia de daño colateral después de la recuperación • Mínima agrupación de enfermedades crónica
Sostenibilidad de la familia y comunidad <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo que genera participación ciudadana • Cultura de toma de decisiones democráticas. • Reciprocidad y respeto mutuo en las relaciones comunitarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Vitalidad/entusiasmo para compartir con otros • Continúa la confianza en los recursos de la comunidad. • Altos niveles de bienestar entre los miembros de la familia/comunidad

2.2. Resiliencia, vejez y sus beneficios.

La resiliencia en la adultez mayor es beneficiosa. Como se describió anteriormente esta variable permite que las personas mayores experimenten más emociones positivas (Fredrickson, 2001; Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003; Ong et al., 2006), evalúen mejor su vida y perciban un envejecimiento exitoso (Lamond et al., 2008). Steptoe, Dockray y Wardle (2009) encontraron menores niveles de cortisol en adultos mayores resilientes y Heisel y Gordon (2010) reportaron menor ideación suicida en la vejez en personas resilientes y con mayor apoyo social.

La resiliencia es considerada un factor protector en la adultez mayor (Bennett, 2010a; Hardy, Concato y Gill, 2004), y por esto ha sido atractiva para la psico-gerontología, no solo el estudio desde una mirada de hacer frente a la adversidad, sino también en relación a como contribuye a que las personas mayores sean más fuertes y tengan mayor satisfacción con la vida (Wild et al., 2013). Ong y Bergeman (2004) aseguran que el estudio de la resiliencia en la adultez mayor debe estar orientado a entenderla como el mantenimiento de capacidades ante la acumulación de amenazas y retos.

Por otro lado, Harris (2008) asegura que un objetivo en la adultez mayor debe ser lograr ser resiliente, debido a que el envejecimiento exitoso solo es posible para algunos, mientras que el desarrollo de resiliencia es posible para todos independientemente de sus características socio-culturales o situación de discapacidad. Harris (2008) en su estudio demuestra como personas mayores con Demencia tipo Alzheimer, en primeros estadios, que desarrollan resiliencia mantienen un sentido de vida.

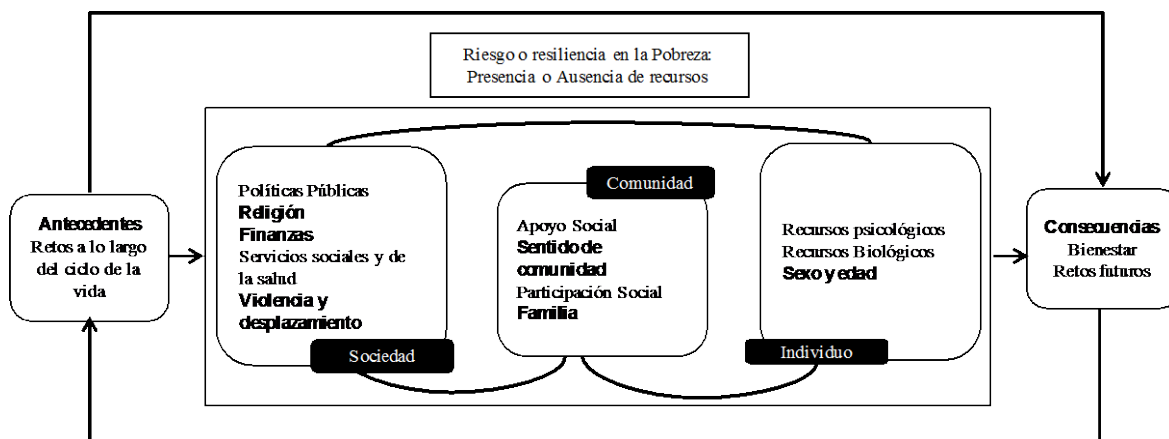
En el contexto colombiano se han realizado pocos estudios sobre vejez y resiliencia, aquellos que se han llevado a cabo han sido desde enfoques cualitativos. Cárdenas y López, (2010) realizaron un estudio sobre resiliencia en adultos mayores en situación de discapacidad y pobreza. Los investigadores desarrollaron un modelo eco-sistémico, basado en el de Waller, (2001), en el que proponen que la resiliencia depende de múltiples factores y niveles que están interrelacionados en una matriz. Los factores que proponen son: (a) políticos, sociales y organizacionales, (b) culturales y sistemas de creencias, (c) interconexiones en el entorno, (d) afrontamiento, (e) relaciones con la red y sistemas sociales, y, (e) características individuales.

En esta matriz los autores proponen que la subjetividad y las perspectivas histórico-culturales y relacionales son ejes transversales.

Ahora bien, Bennet, Reyes-Rodríguez, Altamar y Soulsby (2016) realizaron un estudio cualitativo a través de teoría fundamentada sobre como las personas mayores colombianas en situación de pobreza desarrollan resiliencia. Las investigadoras encontraron que las personas mayores logran la resiliencia a través de múltiples factores, los cuales son co-dependientes. Los resultados los enmarcaron en el modelo ecológico propuesto por Windle y Bennett (2011) al cual le hicieron una adaptación y adicionaron nuevos factores (ver Figura 16), debido a que no encontraron una evidencia para el modelo original. En el nivel comunitario incluyeron el sentido de comunidad y la familia, en el nivel sociedad involucraron variables específicas del contexto cultural como la religión, las finanzas y el estar expuesto a situaciones de violencia y desplazamiento forzado; y en el nivel individual redujeron el número de variables, ya que solo encontraron evidencia para algunas, como los recursos biológicos, psicológicos, edad y sexo.

Uno de los hallazgos fundamentales de Bennet et al., (2016), fue que el grupo estudiado presentaba altos niveles de resiliencia, lo que puede soportar la hipótesis, mencionada anteriormente de que los latinos tienden a ser resilientes, debido a factores culturales que la promueven y sirven como factores protectores, como lo es la religión y la importancia de la familia (Campos et al., 2008; Fuller y García Coll, 2010; Gallo et al., 2009; Ong y Bergeman, 2004). Estos resultados soportan la premisa de que existen factores que pueden ser universales y otros culturalmente específicos, aunque interdependientes.

Figura 16. Modelo ecológico de resiliencia de personas mayores colombianas en situación de pobreza (Bennett et al., 2016, p. 403).



Desde una mirada cuantitativa Phillips, Auais, Belanger, Alvarado y Zunzunegui (2016) evaluaron la asociación entre la situación económica, sexo y resiliencia en personas entre los 65 a 74 años, utilizando los datos del estudio longitudinal de la movilidad internacional en el envejecimiento llevado a cabo por Sousa et al. (2014) en cuatro países incluido Colombia (Canadá, Colombia, Brasil y Albania). Los datos los recolectaron durante 2012 y 2014. Phillips et al. (2016) exploraron si las adversidades sociales y económicas a las que estuvieron expuestos durante la niñez tuvieron impacto en la adultez mayor y si la situación económica y social en la vejez podría estar asociada a los eventos adversos experimentados en la infancia. Los investigadores encontraron que haber tenido dificultades económicas en la infancia predijo menores puntuaciones en la escala de resiliencia, mientras que haber experimentado una situación social adversa se asoció con mayor resiliencia en la vejez; no encontraron una predicción significativa en quienes estuvieron expuestos a múltiples situaciones adversas en la niñez y la resiliencia. Por otro lado, encontraron que el apoyo social de los hijos y amigos incrementaba la resiliencia, mientras que el apoyo de la pareja no fue significativo. Respecto a las diferencias por país, los autores reportaron que la asociación entre suficiencia económica y resiliencia fue mayor en Canadá, que en los dos países latinoamericanos. El apoyo social tuvo una mayor asociación en los países latinoamericanos y Albania que en Canadá. Otro hallazgo importante fueron las diferencias según sexo; encontraron que en las mujeres había una mayor asociación entre experiencias sociales negativas en la infancia y altas puntuaciones de resiliencia, en comparación con los hombres, quienes a su vez presentaron menores puntuaciones asociadas al haber vivido dificultades económicas en la niñez que las mujeres.

3. Apoyo social y Bienestar.

Los efectos positivos del apoyo social en la salud y el bienestar son ampliamente conocidos (Aguerre y Bouffard, 2008; Ashida y Heaney, 2008; Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000), aún más en la adultez mayor (Antonucci, Ajrouch y Birditt, 2014; Arias, 2013; Meléndez, Tomás y Navarro, 2009; Ong y Bergeman, 2004).

Ryff y Keyes (1995), aseguran que las personas mayores relacionan tener mayor bienestar psicológico con el establecimiento de buenas relaciones con los demás, siendo incluso una de las dimensiones evaluadas mediante las Escalas de Bienestar Psicológico. En este sentido parece ser que el nivel de apoyo social percibido y recibido por parte de la persona mayor es fundamental para el desarrollo de un adecuado nivel de bienestar. En este sentido, diversos trabajos plantean que durante el envejecimiento el mantenimiento de buenas relaciones facilitan la adaptación a esta transición vital (Meléndez, Tomas y Navarro, 2007). De este modo y tal y como señalan Bisconti y Begerman (1999), el apoyo social funciona como fuente de apoyo que facilita la satisfacción de necesidades básicas o instrumentales, informativas y emocionales.

El apoyo social ha sido de interés de varias disciplinas sociales y de la salud. Cohen y Syme (1985) refieren que desde los años 50 la ciencia ha buscado encontrar cuáles son los factores psicosociales asociados a la salud, enfermedad y bienestar; el apoyo social ha sido uno de estos factores, debido a la capacidad que tiene para influir en el comportamiento y las emociones, así como el posible rol en la etiología de la enfermedad y su tratamiento.

Se han propuesto múltiples definiciones de apoyo social. Cohen y Syme (1985) aseguran que el apoyo social es la interacción con los recursos que proveen otros, que pueden ser tanto positivos como negativos. Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado (2009) definen el apoyo social como “las provisiones materiales, instrumentales, afectivas e informativas, reales o percibidas por la familia, amigos, la comunidad e instituciones formales” (pp. 97-98). Lin (1986) refiere que el apoyo social es “la percepción de los recursos instrumentales y expresivos suministrados por la comunidad, redes sociales” (p. 18). Litwin y Landau (2000) aseguran que son las ayudas que las personas reciben y requieren para su funcionamiento, así como para sentirse queridos y admirados.

Pinazo-Hernandis (2005) resalta la complejidad del apoyo social, por esto para conceptualizarlo se debe tener en cuenta sus dimensiones, tanto la estructural como la contextual. La dimensión estructural hace referencia a las características del individuo y las de su red de apoyo, mientras que la dimensión contextual al sistema de donde provienen las redes y recursos. Específicamente, la red de apoyo social se refiere a los contactos personales, comunitarios e institucionales con los que cuenta un individuo (Due, Holstein, Lund, Modvig

y Avlund, 1999; Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2009), mientras que el apoyo es la interacción con esas redes (Guzmán, Huenchan y Montes de Oca, 2003). Por lo tanto, la red social es la estructura, y el apoyo la función que cumplen las redes en la vida de las personas (Pinazo-Hernandis, 2005).

El tipo de apoyo que brindan las redes sociales se han clasificado comúnmente en cuatro tipos: material, instrumental, emocional e informativo (Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2009; Pinazo-Hernandis, 2005). El *apoyo de tipo material o tangible* se relaciona con la entrega de recursos monetarios o bienes; *el apoyo instrumental*, con recibir ayuda para realizar algunas actividades; *el apoyo emocional* es la posibilidad de expresar sentimientos, percepción de comprensión, confianza y sentirse querido (Pinazo-Hernandis, 2005; Sherbourne et al., 1991); y el *apoyo informativo o cognitivo*, corresponde a recibir una guía o consejo para buscar información para resolver problemas (Guzmán et al., 2003).

Ahora bien, las redes de apoyo social pueden ser formales e informales (Due et al., 1999). Las formales se refieren a entidades privadas o gubernamentales, las cuales generalmente brindan un apoyo informativo. Las redes informales están compuestas por la familia, amigos, vecinos y grupos comunitarios (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988), los que se asocian esencialmente con el apoyo emocional, material e instrumental (Arias, 2013).

Adicionalmente, el apoyo tiene un aspecto objetivo y uno subjetivo, el primero se refiere esencialmente a la estructura y el último a la evaluación que hace el individuo respecto al apoyo que recibe (Lin, 1986; Reyes, Altamar, Aguirre y Murillo, 2014). Por lo tanto, en el momento de medir el apoyo social se debe evaluar cuales son las fuentes de apoyo y la frecuencia de contacto (estructura), el tipo de apoyo que reciben (función) y la satisfacción del individuo con este apoyo (Due et al., 1999; Pinazo-Hernandis, 2005)

El modelo de *convoy social* de Kahn y Antonucci (1980) propone que los individuos a lo largo de su vida se rodean de personas que los apoyan y que estas relaciones varían en su cercanía, calidad, tipo de apoyo y estructura. Según Antonucci et al. (2014) este modelo comprende las relaciones sociales como multidimensionales, por lo tanto su estudio debe evaluar no solamente la cantidad de personas que componen una red social, sino también la calidad y tipo de apoyo que prestan. El tamaño de la red cambia a lo largo de la vida y no necesariamente está asociado a una percepción de satisfacción (Gow, Pattie, Whiteman,

Whalley y Deary, 2007; Guzmán et al., 2003; Reyes et al., 2014), lo que influye en el bienestar es especialmente que tan cercanos son los miembros de las redes de apoyo (Akiyama, Antonucci, Takahashi y Langfahl, 2003), la calidad del contacto social (Pinquart y Sörensen, 2000) y que la interacción sea positiva (Fuller-Iglesias, Webster y Antonucci, 2015; Reyes et al., 2014). Por lo tanto, la calidad, tipo de apoyo y la estructura de la red social está influida por factores personales, situacionales y culturales (Pinazo-Hernandis, 2005).

El contacto social parece disminuir con la edad (Due et al., 1999; Huxhold, Fiori y Windsor, 2013). Algunas de las explicaciones están relacionadas con cambios en las actividades, como jubilación, cuidado de otros y presencia de enfermedades (Reinhardt, Boerner y Benn, 2003), lo que puede influir en que las personas se aíslen. Sin embargo, existe evidencia acerca de cómo la frecuencia de contacto social no necesariamente cambia en esta etapa de la vida y que aunque las relaciones sociales pueden brindar menor apoyo tienden a ser menos conflictivas (Due et al., 1999).

Para Carstensen (1995) los cambios en la estructura social son graduales y no suceden por las posibles pérdidas asociadas a la edad, esta autora considera que las redes sociales son construidas por el individuo a lo largo de su vida, brindan oportunidades, facilitan apoyo, generan conflictos, y por lo tanto deben ser comprendidas desde su complejidad y no solamente desde una mirada de envejecimiento biológico.

Según la teoría de selectividad socioemocional (TSS) formulada por Carstensen (1995) se asegura que el contacto social es motivado por varios aspectos como la necesidad de interacción, obtención de información, el desarrollo del auto-concepto y regulación de las emociones. Las motivaciones fluctúan según la etapa del ciclo vital, por ejemplo la regulación de las emociones es más importante en la vejez que la obtención de información.

Ahora bien, tener lazos ambivalentes dentro de las redes sociales en la adultez mayor es una fuente significativa de estrés, aún más que los lazos conflictivos (Due et al., 1999; Rook, Luong, Sorkin, Newsom y Krause, 2012; Uchino, Holt-Lunstad, Uno y Flinders, 2001). Esto sucede porque cuando los miembros de una red social son esencialmente negativos, las personas pueden presentar habituación, mientras que si estos lazos son ambivalentes, la fluctuación entre las fuentes positivas y negativas producen incertidumbre, esto genera mayor

estrés psicológico y reactividad cardiovascular (Uchino et al., 2001). No obstante, los lazos negativos tienden a disminuir a medida que avanza la edad (Akiyama et al., 2003).

Rook et al. (2012) examinaron los efectos de las redes sociales ambivalentes versus problemáticas en la adultez mayor en la salud física y mental y el afrontamiento. Los resultados mostraron que las personas mayores tienen una baja tendencia a contar con lazos sociales ambivalentes. Adicionalmente, los investigadores reportaron que la mayoría de los miembros de la red social de los mayores funcionaban como fuentes de intercambio positivo, especialmente aquellos que no eran familiares. Por otro lado, estos investigadores confirman una relación entre un mayor deterioro en la funcionalidad y tener lazos familiares ambivalentes, pero no con las otras fuentes de apoyo social. Sin embargo, identificaron un efecto de interacción entre las redes sociales problemáticas no familiares y la edad, indicando que una menor edad y tener red problemática se relacionaba con un menor afecto positivo. Por otro lado, hallaron una relación entre menor sintomatología depresiva y tener exclusivamente lazos familiares positivos. Mientras que a mayor cantidad de lazos familiares negativos, ambivalentes y problemáticos mayor sintomatología depresiva. En general, cuando los participantes reportaron tener una interacción negativa con los familiares en comparación con los lazos no familiares, los participantes refirieron mayor estrés emocional.

La evidencia acerca de los beneficios del apoyo social en la adultez mayor es robusta y amplia. Ryff (1989) afirma que el apoyo social promueve el desarrollo de estrategias que facilitan el afrontamiento a la adversidad en la vejez. La presencia de fuertes lazos sociales y el apoyo instrumental se ha encontrado relacionados con un aumento en el afecto positivo de estado (English y Carstensen, 2014), una menor mortalidad (Liao et al., 2015; Lyyra y Heikkinen, 2006), y también como un factor protector de la depresión (Frasure-Smith et al., 2000; Gurung, Taylor y Seeman, 2003; Rook et al., 2012), además está asociado con unos menores niveles de ansiedad y quejas físicas (Melchiorre et al., 2013) y una recuperación más rápida de la presión sanguínea sistólica en momentos de estrés (Ong y Allaire, 2005; Uchino et al., 2001).

También se ha comprobado que una mayor percepción de soledad se asocia con menor desempeño cognoscitivo en la vejez, lo que puede dar lugar a menores posibilidades de participación social (Gow et al., 2007). Diferentes aspectos del apoyo social se han hallado

como promotores de resiliencia (Bennett et al., 2016). Por esto se ha sugerido que el apoyo social es un factor protector en la vejez. Por ejemplo, altos niveles de apoyo social y un funcionamiento familiar no problemático se relacionó con una menor percepción de soledad en personas mayores de un área rural China (Wu et al., 2010). Vera-Noriega et al. (2005) reportan en una muestra de mayores mexicanos que quienes tienen una mayor frecuencia de contacto y red social más amplia presentan mayor satisfacción con la vida.

3.1. Fuentes de apoyo social en la vejez.

Como se mencionó anteriormente el apoyo social proviene de diferentes fuentes (formales e informales). La familia es una de las fuentes de apoyo más comunes (Guzmán et al., 2003), especialmente la familia nuclear. En la adultez mayor los familiares cercanos (hijos y pareja) son una de las fuentes principales de apoyo seguida de los amigos (Litwin y Landau, 2000). La familia provee especialmente apoyo emocional, económico e instrumental, Meléndez, Tomás y Navarro (2007) reportaron igualmente que la familia cercana, como los hijos y cónyuge, es la que brinda en mayor proporción apoyo. Ahora bien, se ha encontrado que especialmente las hijas son las que proporcionan la mayor fuente de apoyo incluso por encima del cónyuge, los amigos y los hermanos (Castellano, 2014; Litwin y Landau, 2000). Meléndez et al. (2007) encontraron que los hijos proveen principalmente apoyo instrumental, los autores aseguran que esto sucede porque “al parecer existe una norma de reciprocidad, en la que los hijos cuidan de sus padres de la misma forma que estos lo hicieron” (p. 413). En otro estudio Navarro, Meléndez y Tomás (2008) aseguran que las fuentes de apoyo varían a medida que aumenta la edad, por ejemplo encontraron que el apoyo de la pareja disminuye a partir de los 70 años, así como amigos y otros familiares, mientras que el de los hijos aumenta después los 75 años.

Los amigos son una fuente de apoyo esencialmente emocional (Arias, 2013; Castellano, 2014; Siebert, Mutran y Reitzes, 1999). La satisfacción con el apoyo de los amigos se ha encontrado relacionada con el bienestar, sin diferencias entre sexos en culturas individualistas y en la vejez (Diener y Diener, 1995; Pinqart y Sörensen, 2000). En cuanto a las relaciones familiares Fuller-Iglesias et al. (2015) encontraron que los cambios en el tamaño de la red familiar a lo largo de la vida no se asociaban con el bienestar. Sin embargo,

el número de familiares de la red social cercana si se asoció con mayor sintomatología depresiva en la vejez, así como una mayor proporción de negatividad de la familia. Por lo tanto, a pesar de que las interacciones negativas disminuyen con la edad, cuando estas existen afectan significativamente las diferentes redes sociales del individuo en la vejez (Akiyama et al., 2003).

En relación con las diferencias entre hombres y mujeres, en el estudio longitudinal de Gurung, Taylor y Seeman (2003) se reportó que las mujeres mayores tienen una mayor prevalencia de depresión, y refieren menores niveles de apoyo emocional e instrumental por parte de su pareja en comparación con los hombres. Sin embargo, las mujeres reciben más apoyo emocional de sus hijos, familiares y amigos. Antonucci, Lansford y Akiyama (2001) señalan que las mujeres que tienen amigos en quien confiar y están satisfechas con sus parejas tienen menores niveles de depresión que los hombres. Existen diferencias entre hombres y mujeres respecto al funcionamiento de las fuentes de apoyo, hay evidencia de que para los hombres la pareja es la fuente más importante, mientras que para las mujeres son los hijos (Meléndez et al., 2007; Navarro et al., 2008).

En cuanto a los cambios en el apoyo social a lo largo de la vida Gurung et al. (2003) reportaron moderada estabilidad en el apoyo emocional y amplia variabilidad en el instrumental. Hubo aumento en el apoyo social emocional por parte de amigos en las mujeres. Este estudio en general apoya la teoría de selectividad socio-emocional y la de convoy social ya que evidencia una disminución en el tamaño de la red social sin embargo no indica disminución en el tipo de apoyo que reciben las personas mayores. English y Carstensen (2014) encontraron que disminuye el tamaño de la red pero aumenta el número de personas cercanas.

El apoyo emocional toma una especial importancia en la adultez mayor. Krause (2005) reportó que la percepción de este tipo de apoyo es un factor protector de los efectos adversos de las dificultades económicas en la vejez, especialmente en los muy mayores. Otro aspecto que parece ser fundamental en el apoyo social es la integración o participación social (Lin, 1986), porque facilita tener una identidad social, promueve la actividad y la experiencia de emociones positivas (Glass, Mendes De Leon, Bassuk y Berkman, 2006; Huxhold et al., 2013). Existe evidencia de cómo la participación en grupos comunitarios genera sentido de

pertenencia, fortaleces las redes sociales y promueve resiliencia en personas de bajos recursos económicos (Murray y Crummett, 2010).

Huxhold et al. (2013) en un estudio longitudinal evaluaron cómo y cuáles características de las redes sociales se relacionan con la salud y el bienestar en la adultez mayor. El estudio lo realizaron con datos de la población general alemana y observaron que los cambios en el apoyo emocional predijeron un incremento de afecto negativo, también encontraron una asociación entre el apoyo emocional con la salud subjetiva, pero no objetiva. Un mayor involucramiento social se asoció a una mayor satisfacción con la vida y cambios en la salud objetiva y subjetiva. También evaluaron si el involucramiento en actividades sociales y el apoyo emocional media la relación entre la estructura de la red social con la salud y el bienestar y concluyeron que una relación entre la estructura de la red social y su capacidad de disminuir la probabilidad de experimentar emociones negativas se da a través del incremento en el apoyo emocional y la participación social.

4. Ingresos, Nivel Socio-económico, estado civil y Bienestar.

Hasta el momento se han abordado los factores psicológicos que han sido relacionados con el bienestar subjetivo tales como la resiliencia, la capacidad de adaptación y el apoyo social. Por otro lado, se han identificado diversas variables socio demográficas asociados igualmente con el bienestar subjetivo, como lo es la edad (Caccioppo et al., 2008; Dolan, Peasgood y White, 2008), el nivel educativo, nivel de ingresos (Dolan et al., 2008; Helliwell, Huang y Wang, 2016; Kaplan, Shema y Leite, 2008; Mills y Henretta, 2001), origen étnico (Diener y Diener, 1995; Dolan et al., 2008), nivel socio-económico (Howell y Howell, 2008; Piquart y Sörensen, 2000), sexo (Dolan et al., 2008; Wood, Rhodes y Whelan, 1989), estado civil (Lucas, Clark, Georgellis y Diener, 2003; Stutzer y Bruno, 2005). Sin embargo, debe señalarse que la proporción de varianza explicada por estas variables depende de factores socio-culturales.

Respecto al estado civil, se ha reportado mayor percepción de bienestar en personas casadas que solteras o separadas (Lucas et al., 2003; Wood et al., 1989) y que quienes hayan enviudado recientemente (Bennett, 2005). Las personas viudas, se han reportado con mayor prevalencia de depresión (Kraaij et al., 2002), y problemas de salud (Avis, Brambilla, Vass y McKinlay, 1991; Hughes, Bennett y Hetherington, 2004), así como incremento de comportamientos de riesgo e incremento en las visitas al médico (Williams, 2004), como mayores costos para los sistemas sanitarios (Prigerson, Maciejewski y Rosenheck, 2000) y hasta ha sido asociado a mayor mortalidad (Manor y Eisenbach, 2003; Manzoli, Villari, Pirone y Boccia, 2007). La pérdida de la pareja afecta negativamente a las personas mayores (Stroebe y Schut, 2010), ya que genera un desbalance emocional y económico (Bennett y Soulsby, 2012; Hungerford, 2001; Koren y Lowenstein, 2008), afectando el bienestar (Bennett, 2005; Bennett y Soulsby, 2012)

Sin embargo, los efectos negativos dependen de la forma en que las personas afronten la viudez, el tipo de relación y características demográficas (Bennett, Hughes y Smith, 2005; Utz, Carr, Nesse y Wortman, 2002) y los niveles de bienestar previos a la pérdida (Bennett, 2005). Lyubomirsky et al. (2005) encontraron que las personas viudas que tuvieron un matrimonio satisfactorio presentan mayor bienestar, además cuentan con redes de apoyo, lo que influye en un mayor nivel de afecto positivo. Fry (1998) encontró que las personas viudas después de dos años logran cambios positivos como autonomía, auto-descubrimiento, sentido de vida y crecimiento personal.

4.1. Ingresos Económicos y Bienestar.

A lo largo de la historia nos hemos preguntado si el dinero compra la felicidad (Biswas-Diener, 2008). Desde hace más de una década existe evidencia de que el nivel de ingresos de un país se relaciona con el bienestar. Por lo tanto, se ha indicado que el desarrollo económico de un país se asocia con mayores niveles de bienestar en sus habitantes en comparación con la población de países con menores ingresos (Diener y Biswas-Diener, 2002; Diener y Oishi, 2000).

Los economistas son quienes se han encargado de evaluar la relación entre crecimiento económico y bienestar (Dolan et al., 2008). Explorar la relación entre la riqueza material y el

bienestar subjetivo tiene sentido por varias razones, una es porque el dinero puede contribuir a aumentar la probabilidad de experimentar actividades estimulantes y placenteras, por lo que puede promover el componente hedónico. Contar con mayores ingresos facilita el acceso a servicios, mayores oportunidades, lo que puede incrementar autonomía y así el componente cognoscitivo del bienestar subjetivo (Biswas-Diener, 2008). Se ha documentado que contar con mayores ingresos reduce sustancialmente el riesgo de experimentar una experiencia de infelicidad (Diener y Biswas-Diener, 2002). Los ingresos también se han asociado positivamente con las dimensiones del bienestar psicológico, especialmente con propósito en la vida, auto-aceptación y crecimiento personal (Kaplan et al., 2008), dado que los ingresos facilitan el acceso a servicios que pueden promocionar el desarrollo personal.

En cualquier caso, no son totalmente claras las razones por las cuales las personas en países con más ingresos reportan mayor bienestar que aquellas en países de menores ingresos. Algunas de las explicaciones es que en países desarrollados se establecen los estándares deseados de estilo de vida los cuales son más fáciles de cumplir en estos países que en países en desarrollo, por lo tanto en países con mayores ingresos la persona evalúan estar más cerca de estos estándares (Diener y Biswas-Diener, 2002). Otra razón puede ser que los países con economías productivas tienen generalmente mayor estabilidad política, mayor democracia, libertad e igualdad social; por lo tanto, esto puede ser lo que genera mayores niveles de bienestar y no directamente el dinero (Diener y Biswas-Diener, 2002; Diener y Oishi, 2000).

La variable ingresos se ha planteado como moderadora y en países de bajos ingresos esta relación es más fuerte, aunque esto no indica que los habitantes de estos países no estén satisfechos con sus vidas, de hecho manifiestan altos niveles de bienestar subjetivo (Diener y Oishi, 2000; Veenhoven, 1991).

Ahora bien, un hallazgo interesante es que los países desarrollados cuya economía ha crecido sustancialmente y a pesar de reportar altos niveles de bienestar, no han mostrado un incremento importante en el bienestar subjetivo de su población, a diferencia de las naciones en desarrollo que han tenido incrementos en su economía y en el bienestar (Diener y Oishi, 2000; Dolan et al., 2008).

En un meta-análisis realizado por Howell y Howell (2008) sobre estudios en países con economías en desarrollo, establecieron un indicador robusto para determinar el tamaño

del efecto de la relación entre de estatus económico de 54 países en desarrollo y el BS. Los investigadores encontraron un tamaño del efecto relativamente bajo ($r = .20$), aunque superior al reportado en países desarrollados. Los autores aseguran que esta relación está moderada por variables socio-demográficas como el sexo y la educación. Hay una relación más fuerte para los hombres, la fuerza de esta relación disminuye a medida que aumenta el nivel educativo en los países.

Al parecer, tener más dinero influye en el bienestar siempre y cuando indique la superación o evitación de la pobreza y esta asociación depende de las expectativas frente a lo que se quiere adquirir y la posible autonomía que facilite el dinero. En cambio, en las personas con dinero quienes aumentan sus bienes materiales a lo largo del tiempo su BS aumenta muy poco (Veenhoven, 1991). Easterlin (1995) asegura que el bienestar en los países desarrollados no aumenta, porque las normas materiales bajo las cuales los individuos evalúan el bienestar crecen proporcionalmente a sus ingresos.

De esta manera parece ser que, los ingresos no son per se generadores de bienestar, sino que más bien brindan oportunidades de participación, empleo, beneficios en salud y educación que si están asociadas a este (Cacioppo et al., 2008; Giarrizzo, 2009; Diener y Diener, 1995). Ahora bien, la reconocida filósofa estadounidense Martha Nussbaum (2011) asegura que no es la capacidad de compra la que se asocia al bienestar, ya que si el producto interno bruto de los países incrementa cada año, pero también aumenta el grupo de personas sin acceso a educación, servicios de salud y otras oportunidades, el ingreso no es un predictor bienestar.

Incluso esta relación varía según culturas (Diener y Diener, 1995), por esto, es fundamental tener en cuenta el contexto para comprender esta relación (Diener y Biswas-Diener, 2002). En Suramérica Giarrizzo (2009) evaluó la relación entre crecimiento económico y bienestar de la población en términos de percepción de mejoras en salud, empleo e ingresos durante 2005 a 2008 en Argentina. Encontró que en el 2005 y 2007 a pesar de que la economía avanzaba ésta no tuvo mejoras en la percepción de bienestar, mientras en el 2006 si las tuvo. Sin embargo, durante 2008 la economía creció, pero el bienestar se deterioró.

Otra evidencia de esto es el último estudio sobre felicidad, el que reporta que esta relación no sucede en todas las regiones en donde hay países en desarrollo. Por ejemplo, Latinoamérica es una región que a pesar de tener menores ingresos per cápita, la evaluación de la satisfacción con la vida es mayor a la estimada. Una posible explicación es que en los latinoamericanos hay características culturales relacionadas con fuertes lazos familiares y apoyo social (Helliwell, Huang y Wang, 2016) y los estándares culturales facilitan la expresión de sentimientos y emociones (Diener, 2012), estos factores pueden contribuir en a una mayor percepción de bienestar en esta población.

Por lo tanto, no todos los elementos del bienestar son medibles monetariamente, ni todos los valores monetarios asociados al bienestar se mueven en una idéntica dirección a éste (Biswas-Diener, 2008; Peña-Trapero, 2009). Es por esto que las percepciones de las personas constituyen un elemento de análisis importante que las políticas públicas y económicas deben tener en cuenta (Giarrizzo, 2009).

Respecto a lo anterior, Cacioppo et al. (2008) en el estudio de salud, envejecimiento y relaciones sociales de Chicago, conocido como CHASRS por sus siglas en inglés (*Chicago Health, Aging, and Social Relations Study*), encontraron que la edad y los ingresos del hogar se relacionan con la felicidad. Estos autores observaron una relación negativa con el tener una deuda (y el monto) y la felicidad. Por otra parte, hallaron una asociación proporcional entre tener un plan de pensión, ingresos, capital del hogar, valor de las acciones, propiedades y vehículos, y la felicidad. Los investigadores resaltan que el tener el plan definido de pensión mejoró significativamente los modelos, por lo que proponen la hipótesis de que el valor de las propiedades o el monto de los ingresos no son los predictores de felicidad, sino el poder planear el futuro y no tener una incertidumbre económica.

Hubbard et al. (2014) encontraron que las personas con mayores ingresos reportaban un bienestar subjetivo alto, sin embargo, tener mayores recursos financieros no compensaban el impacto de una mala salud y los participantes con menores ingresos reportaban un bienestar similar que aquellos con mayores ingresos y peor salud.

Arber et al. (2014) evaluaron la relación entre ingresos, bienestar financiero subjetivo y salud en la adultez mayor e intermedia en una muestra representativa de Gran Bretaña. Este

estudio mostró que quienes tenían un bajo ingreso y un pobre afrontamiento reportaron una mala salud. En la población mayor solamente el bienestar subjetivo financiero se asoció con la salud. En la adultez intermedia el ingreso se mantuvo como un predictor significativo de mala salud, incluso cuando se contralaba por el bienestar subjetivo financiero; mientras que en la adultez mayor el ingreso no se observó como predictor significativo cuando se controlaba por el bienestar subjetivo financiero. Estos hallazgos sugieren que la relación entre ingresos y salud está mediada por la percepción de los individuos.

En el contexto colombiano Reyes et al. (2014) comprobaron en una muestra de personas mayores en situación de pobreza que cuando el ingreso no garantiza una seguridad habitacional, el bienestar subjetivo se ve afectado drásticamente. Así mismo, reportan que más allá de esperar recibir un monto específico o tener unas metas establecidas en términos materiales, las personas mayores desean poder tener un ingreso que les genere autonomía para tomar decisiones, especialmente en lo que respecta a los alimentos. Los hallazgos de Reyes et al. (2014) responden más hacia el enfoque de capacidades de Sen (1995) que se refiere a la evaluación comparativa del bienestar y que debe tener en cuenta lo que las personas pueden ser y hacer, así como el poder tener las oportunidades de elegir (Nussbaum, 20011).

4.2. Nivel socio-económico (NSE) y bienestar.

La variable ingresos se asocia solamente a la capacidad de compra y acumulación de bienes lo que deja de lado otras variables que pueden dar mejor cuenta del estatus socio-económico de los individuos y sociedades, por esto se recomienda usar el constructo nivel socio-económico para evaluar la asociación de este estatus con el bienestar. En países en vías de desarrollo es mejor usar el indicador del Nivel Socio Económico (NSE) que tan solo el ingreso personal, ya que este no necesariamente refleja el estatus económico, puesto que en algunas ocasiones es compartido con otros (Howell y Howell, 2008).

Según el reporte del *Task Force* de la *American Psychological Association* – APA (2007) el NSE en el contexto social evalúa variables asociadas a la distribución de los ingresos y la riqueza, así como inequidad y desigualdad. A nivel individual generalmente está

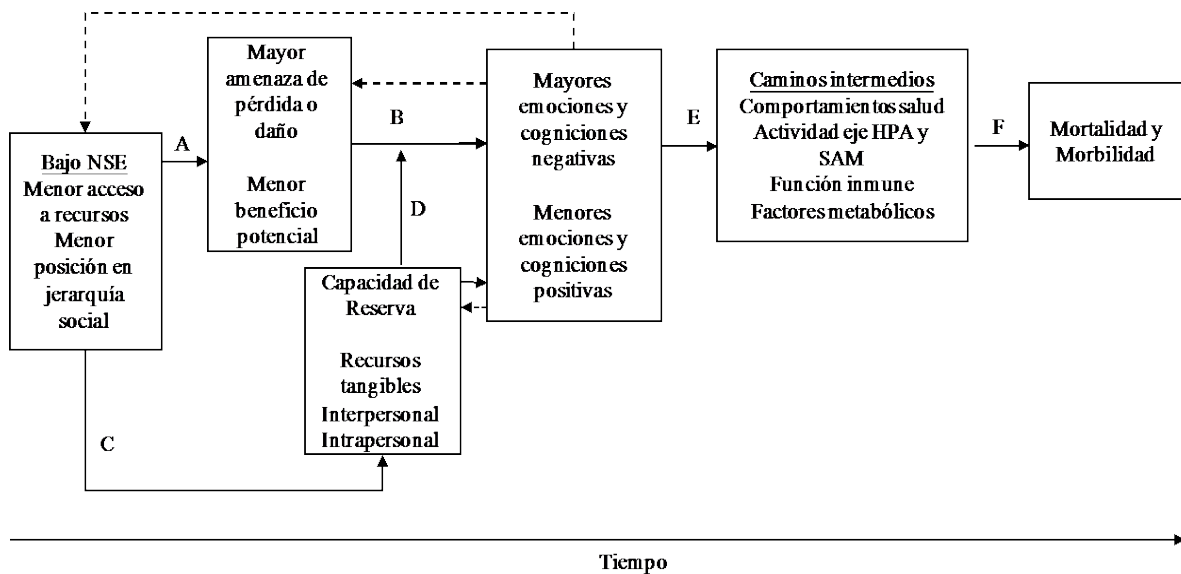
asociado a la estratificación social, la que tiene en cuenta variables como educación, ingresos personales y ocupación (American Psychological Association y Task Force on Socioeconomic Status, 2007). Howell y Howell (2008) aseguran que dentro de sus múltiples indicadores están aspectos como las condiciones de la vivienda.

No obstante, el uso de estas variables en países desarrollados es controvertido, aún más cuando se trata de personas mayores. Específicamente en Latinoamérica medir el NSE a través de variables como educación y ocupación en mayores no es recomendable, debido a que la mayoría de la población que actualmente es vieja tiene un nivel educativo bajo; adicionalmente la ocupación puede verse afectada por la etapa de la vida en la que se encuentran. Por esto, usar variables asociadas a la calidad de la vivienda es una de las medidas más comunes y recomendadas en países en desarrollo, porque es más estable que la variable ingresos (De Vos, 2005). En Colombia el NSE es medido a través de un sistema de estratificación socioeconómica, la cual se usa como estrategia para clasificar las tarifas de servicios públicos para las viviendas y se realiza con base en las características de las viviendas y sus alrededores (DANE, s.f.)

La relación entre el nivel socio-económico, la salud y enfermedad, las respuestas emocionales negativas (Gallo y Matthews, 2003; Hubbard et al., 2014), reactividad al estrés, así como el incremento de diversos factores de riesgo en varias etapas del ciclo de la vida y en diferentes grupos étnicos es ampliamente conocida (American Psychological Association y Task Force on Socioeconomic Status, 2007; Gallo, Smith y Cox, 2006; Matthews, Gallo y Taylor, 2010).

Gallo y Matthews (2003) proponen el modelo de reserva de capacidad que explica la relación entre el bajo nivel socioeconómico (variable del contexto), el afecto negativo, estrés, mortalidad y morbilidad. Como se observa en la figura 17, el modelo sugiere que los individuos que se encuentran en un bajo nivel socio-económico tienen menor proporción de recursos tangibles e intangibles, lo que aumenta la probabilidad de enfrentar situaciones amenazantes, lo que influye en tener una menor reserva de capacidad y resulta en la experiencia de mayores emociones y cogniciones negativas, las cuales afectan la respuesta neuro-inmuno-endocrina que puede resultar en enfermedad.

Figura 17. Modelo capacidad de reserva tomado de Gallo y Matthews (2003 p. 34). HPA: eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical; SAM: eje simpático-adrenomedular.



Por lo tanto, contar con un NSE más alto es considerado un factor protector del bienestar subjetivo ante la adversidad, debido a que aumenta la disponibilidad de recursos externos e internos (Pinquart y Sörensen, 2000) y las emociones positivas (Schöllgen, Huxhold y Schmiedek, 2012).

El estudio longitudinal realizado por Schöllgen et al. (2012) en una muestra representativa en Alemania de personas en la adultez intermedia a la vejez, encontraron que las personas con un alto nivel educativo (el cual midieron a través del NSE) tienen una estabilidad en el componente afectivo de BS a medida que avanzan de la adultez intermedia a la vejez, mientras que un nivel educativo se asoció con un declive importante en el afecto positivo después de la adultez intermedia. Este estudio no señaló cambios significativos en el afecto negativo. Por otro lado, los autores reportaron que el afecto negativo es un predictor de deterioro de la salud, aunque solamente para el grupo de bajo nivel educativo.

Ahora bien, otros autores también proponen que la relación entre NSE y estrés depende factores psicosociales (Adler y Snibbe, 2003; Gallo et al., 2005; Pearlin, Schieman, Fazio y Meersman, 2005), dado que existe evidencia de que la relación entre estrés y NSE no es significativa e incluso que puede ser directamente proporcional (Gallo, Matthews, Kuller, Sutton-Tyrrell y Edmundowicz, 2001; Markides y Eschbach, 2005; Matthews, 2010).

Matthews et al. (2010) refieren que a pesar de la evidencia de la relación entre NSE y salud, esta es todavía insuficiente y poco concluyente, debido a las diferencias en metodologías, instrumentos de medición y diversidad en las poblaciones.

Gallo et al. (2005) hallaron en una muestra de mujeres que el bajo NSE está asociado a menor probabilidad de experimentar un afecto positivo y experiencias momentáneas de percepción de control. Sin embargo, estos investigadores también identificaron que el grupo de NSE bajo presentaba un pequeño incremento en el afecto positivo como respuesta al intercambio de apoyo social en comparación con el grupo de NSE moderado, aunque no se diferenciaron del grupo de NSE alto. Por esto los autores refieren que un NSE bajo está asociado con las respuestas emocionales a experiencias psicosociales (Gallo et al., 2005).

El meta-análisis realizado por Pinquart y Sörensen (2000) se establece que la mayoría de estudios incluidos aquellos que en el análisis evalúan el NSE con ingresos y nivel educativo, la relación entre BS e ingresos fue más alta que con el nivel educativo, aunque esta relación explica tan solo del 3 al 4% de la varianza del BS. Los autores aseguran que la fuerza de esta relación depende de cómo las personas se ajustan sus necesidades con base en su situación económica.

La pregunta de si mayor riqueza genera más felicidad trae consigo varias preocupaciones, una es que la constante búsqueda de satisfacción basada en los ingresos puede que sea inalcanzable. Adicionalmente a esto, cumplir estándares establecidos en países desarrollados puede ser imposible en contextos de sub-desarrollo (Diener y Oishi, 2000). En conclusión, el ingreso es una variable que se relaciona con el BS, sin embargo no es el único determinante, ni el más importante (Biswas-Diener, 2008); es por esto que tener en cuenta el contexto para comprender esta relación es fundamental (Diener y Biswas-Diener, 2002).

Capítulo 4

Modelos de Bienestar en la vejez en Latinoamérica

Se han propuesto diversos modelos que relacionan la calidad de vida con el envejecimiento exitoso (Rowe y Kahn, 1997) y modelos de bienestar tanto colectivo como individual. Estos modelos se han propuesto en diferentes países (i.e. Chyi y Mao, 2012; Oliver, Navarro, Meléndez, Molina y Tomás, 2009; Reyes et al., 2014; Tomás et al., 2012; Vaillant y Mukamal, 2001; Zamarrón y Fernández-Ballesteros, 2000), y hay algunos intentos de desarrollo de modelos transculturales de bienestar (i.e. Fernández-Ballesteros et al., 2010; Schimmack et al., 2002).

A pesar de que este trabajo no se basa en el concepto de envejecimiento exitoso ni pretende establecer parámetros para un envejecer ideal, si busca identificar algunos determinantes del bienestar; de este modo, antes de profundizar en los modelos existentes de bienestar, se abordará brevemente el concepto de envejecimiento exitoso y algunas de sus críticas.

El término envejecimiento con éxito (*successful aging*) surge a partir de los trabajos de Havighurst (1961). Para Triadó (2003) nace como una diferenciación necesaria de los dos típicos patrones de envejecimiento: normal y patológico. Tal y como indica Fernández-Ballesteros (1998) una clasificación en apariencia dicotómica es demasiado amplia y requiere de una matización en la categoría normal. Dentro del envejecimiento normal, se debería tener en cuenta un patrón diferencial, donde los niveles funcionales se mantienen elevados e incluso, en algunos sentidos, pueden hasta mejorar: este es el denominado envejecimiento con éxito propuesto Rowe y Kahn (1987, 1997).

Actualmente existen datos longitudinales y de las transformaciones demográficas de la población, esto desde una mirada gerontológica evidencia que la vejez se ha dejado de ver desde lo patológico y que se ha generado un importante desarrollo e interés científico en la vejez y el envejecimiento desde una mirada positiva (Baltes, 1987; Gutiérrez, Serra y Zacarés, 2006),

Es así que los nuevos planteamientos sobre un envejecimiento óptimo, exitoso, productivo y activo (Fernández-Ballesteros, 2008) ha generado que se deslegitime la visión negativa hacia la vejez y se promueva la búsqueda de factores que facilitan vivir una vejez plena, en donde las personas logran desarrollar su potencial y tienen una visión positiva de esta etapa de la vida teniendo en cuenta las diversas formas de envejecer (Baltes y Baltes, 1990).

Havighurst (1961) consideraba que el envejecimiento exitoso era lograr un estado de felicidad y estabilidad interna y externa en la vejez, para él estos eran los indicadores de una adaptación adecuada al proceso de envejecimiento. Por otro lado, Baltes y Baltes (1990) consideran que las definiciones de envejecimiento con éxito deben tener en cuenta indicadores de la salud física y mental y de funcionamiento social. Rowe y Kahn (1987) aseguran que se debe cumplir con los siguientes criterios para definirlo: una baja probabilidad de tener una enfermedad que genere discapacidad y tener un óptimo funcionamiento físico, mental y social. No obstante, otros autores consideran que el envejecimiento exitoso está asociado a la valoración de la satisfacción que tenga el individuo, o a su nivel de involucramiento en actividades productivas (Havighurst, 1961; Lehr y Thomae, 2003; Siegrist, Knesebeck y Pollack, 2004).

Se han planteado otras definiciones desde enfoques biomédicos y psicosociales. Desde una perspectiva biomédica el envejecimiento exitoso se ha definido en términos de aumento de esperanza de vida, siempre y cuando haya una baja probabilidad de presentar enfermedades crónicas discapacitantes, independencia en el funcionamiento físico y mantenimiento de las funciones cognoscitivas (Bowling y Dieppe, 2005; Schulz y Heckhausen 1996). Desde este enfoque Vaillant y Vaillant (1990) consideran que lograr mantener estabilidad en la salud física, relaciones interpersonales positivas y capacidad para enfrentar los eventos estresantes facilita un envejecimiento saludable. Bajo la misma perspectiva Schultz y Heckhausen (1996) proponen que para determinar que una persona envejece con éxito, es necesario tener en cuenta adicionalmente variables de funcionamiento pulmonar y cardiovascular, no tener compromiso cognoscitivo, independencia en su funcionalidad y haber obtenido logros a nivel físico o social.

Por ejemplo, Vaillant y Mukamal (2001) establecieron en un estudio longitudinal cuales variables predecían un envejecimiento exitoso. En este estudio los investigadores evaluaron el envejecimiento con éxito a través de la salud física, salud mental subjetiva y objetiva. Encontraron que éste estaba asociado al no consumo de alcohol y cigarrillos, a mantener un adecuado peso, una adecuada salud mental, al temperamento, los hábitos de ejercicio, la ausencia de depresión y discapacidad, entre otros.

Rowe y Kahn (1997) proponen un modelo en el cual definen el envejecimiento exitoso en tres dimensiones, las cuales son: (a) baja probabilidad de enfermedad y discapacidad, (b) mantenimiento de la función cognoscitiva y física; y, (c) compromiso activo con la vida. Esta propuesta ha recibido múltiples críticas por su enfoque médico y reduccionista (Jeste, Depp y Vahia, 2010; Martinson y Berridge, 2015; Pruchno, Wilson-Genderson, Rose y Cartwright, 2010; Young, Frick y Phelan, 2009). Una de las críticas más grandes es que envejecer de manera exitosa bajo estos parámetros excluye la presencia de enfermedad y discapacidad, lo que es una utopía (Harris y Keady, 2008).

Las críticas han generado que se formulen nuevas definiciones, una de estas es la de Young et al. (2009) quienes intentan responder a las críticas a través de tener en cuenta la heterogeneidad de la población mayor:

“El envejecimiento exitoso es un estado en el que el individuo es capaz de invocar mecanismos psicológicos y sociales adaptativos para compensar las limitaciones fisiológicas y lograr un sentido de bienestar, alta auto-evaluación de calidad de vida y de realización personal incluso en el contexto de enfermedad y discapacidad” (p. 89).

Desde el enfoque psico-social se han desarrollado modelos que buscan responder a estas falencias al incluir en los criterios aspectos como satisfacción vital, participación social, recursos personales (Bowling y Dieppe, 2005). Algunos autores involucran dimensiones bio-psico-sociales y espirituales (Ouweland, de Ridder y Bensing, 2007; Villar, 2012; Young et al., 2009); otros plantean aspectos objetivos y subjetivos, incluyendo el bienestar y la salud física dentro de la dimensión objetiva y en la subjetiva la evaluación de las personas respecto a su experiencia al envejecer (Ouweland et al., 2007; Pruchno, Wilson-Genderson y Cartwright, 2010; Pruchno, Wilson-Genderson, Rose et al., 2010; Strawbridge, Wallhagen y

Cohen, 2002; Vahia, Thompson, Depp, Allison y Jeste, 2012); finalmente otros autores tan solo relacionan el envejecimiento exitoso y sus determinantes con el bienestar subjetivo (Cho et al., 2015; Strawbridge, Wallhagen y Cohen, 2002).

Bowling y Dieppe (2005) aseguran que una de las aproximaciones para conceptualizar el envejecimiento exitoso es la forma en que las personas lo definen. Por ejemplo, Phelan, Anderson, LaCroix y Larson, (2004) realizaron un estudio para identificar como las personas mayores conciben el envejecer con éxito, en un grupo multiétnico en Estados Unidos, los investigadores encontraron que las definiciones de los mayores involucraban múltiples factores, relacionados con la salud física y mental, así como con el funcionamiento social. En la tabla 5 se presentan algunos de los componentes principales en las definiciones de envejecimiento exitoso.

Tabla 5. Principales factores que definen el envejecimiento exitoso (Bowling y Dieppe , 2005, p. 1549).

Definiciones teóricas	Definiciones según población mayor
<ul style="list-style-type: none">• Expectativa de vida• Satisfacción con la vida y bienestar• Función mental, psicológica, cognoscitiva• Crecimiento personal• Salud física y funcionamiento independiente• Características psicológicas y recursos, autonomía, control, independencia, adaptabilidad, afrontamiento, auto-estima, metas, sentido de sí mismo.• Participación social, comunidad, actividades de ocio e integración.• Red social, apoyo y participación• Componente subjetivo (Pruchno et al., 2010)	<ul style="list-style-type: none">• Logros• Seguridad financiera• Disfrute de la dieta• Barrio• Apariencia física• Productividad y contribución de la vida• Sentido del humor• Sentido de vida• Espiritualidad

Fernández-Ballesteros et al. (2010) realizaron un estudio de envejecimiento exitoso en siete países latinoamericanos (Brasil, Chile, Colombia Cuba, Ecuador, México y Uruguay) y tres europeos (Grecia, España y Portugal) con el fin de explorar si existen similitudes en la estructura conceptual del envejecimiento exitoso. Los resultados mostraron consistencia entre los países y edades. Los aspectos relacionados con salud, independencia, apoyo social y satisfacción se mantuvieron consistentes a lo largp de los diferentes países.

Martinson y Berridge (2015) realizaron una revisión sistemática de literatura acerca de las críticas al modelo de envejecimiento exitoso. Según los autores, las críticas son principalmente la baja prevalencia de envejecimiento exitoso según los criterios de Rowe y Kahn, el enfoque hacia el envejecimiento fisiológico y la ausencia de dimensiones psico-

sociales y culturales en su definición. Adicionalmente, sus opositores refieren que no se ha tenido en cuenta la voz de las personas mayores, que su conceptualización se ha basado en criterios de países occidentalizados y del primer mundo.

Una de las críticas más duras según Martinson y Berridge (2015) es que estos modelos tienen una postura individualista, que promueve estereotipos hacia la vejez y es excluyente, debido a que que envejecer bajo estos criterios es casi imposible en algunos lugares del mundo (Martinson y Berridge, 2015; Scheidt, Humpherys y Yorgason, 1999).

1. Modelos de Bienestar y Cultura.

Como se mencionó anteriormente, existe evidencia de que la cultura influye en el BS (Diener, 2000; Dolan et al., 2008; Triandis, 2000), por esto se han propuesto modelos transculturales y culturalmente específicos.

Schimmack et al. (2002) realizaron un estudio transcultural en donde incluyeron cinco países de diferentes regiones, dos de culturas individualistas (Estados Unidos y Alemania) y tres de colectivistas (México, Japón y Ghana). Evaluaron un modelo mediador-moderador sobre la relación entre los rasgos de extraversión y neuroticismo y el BS y el rol mediador o moderador de la cultura en esta relación. Los autores observaron que la asociación entre satisfacción con la vida y los rasgos de personalidad es mediada por el componente afectivo del BS, la relación entre el balance hedónico y satisfacción con la vida está moderada por la cultura y es más fuerte en las naciones individualistas. Mientras que la asociación entre personalidad y el componente afectivo no estuvo moderada por la cultura. Estos autores concluyen que la relación entre rasgos de extroversión y neuroticismo y el componente afectivo del bienestar no depende variables culturales; aunque el componente hedónico del bienestar y la personalidad predicen en mayor proporción la varianza de la satisfacción vital en culturas individualistas.

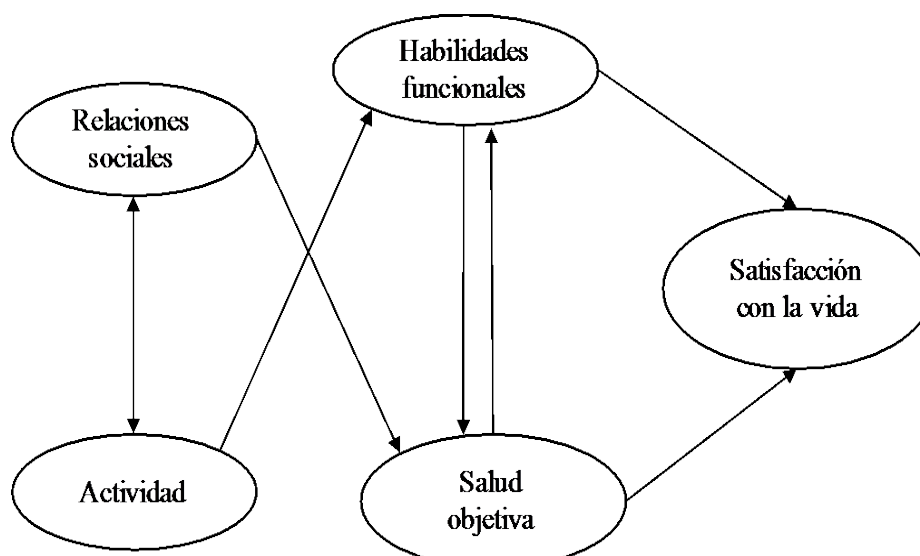
Ahora bien, otros investigadores han establecido modelos específicos por naciones y culturas. Por ejemplo, Cacioppo et al. (2008) en el estudio longitudinal CHASRS encontraron

que una serie de factores como el estado civil, ingresos del hogar, edad y soledad se asociaban con el bienestar. En el análisis transversal, encontraron que la satisfacción con el apoyo se relacionaba positivamente con el bienestar y de manera con la soledad. Sin embargo, al hacer el análisis longitudinal encontraron que la satisfacción con el apoyo no predecía cambios en el bienestar de manera significativa, mientras que la soledad continuaba con una relación inversamente proporcional.

Tomás et al. (2012) en una muestra de mayores españoles, evaluaron modelos sobre afrontamiento y resiliencia y su relación con el bienestar psicológico. El modelo que mostró mejor ajuste asegura que el afrontamiento resiliente tiene un efecto directo en el bienestar. En otra muestra de adultos españoles, Meléndez, Tomás, Oliver y Navarro (2009) proponen un modelo en el que las condiciones de salud física y el bienestar psicológico se asocian con la satisfacción con la vida. La salud física y la edad (asociación inversamente proporcional) tuvieron un efecto directo en el bienestar psicológico.

Zamarrón y Fernández-Ballesteros (2000) proponen un modelo estructural de satisfacción vital en mayores que viven en comunidad y en hogares gerontológicos en España. En este modelo aseguran que la satisfacción está determinada por la salud objetiva, las relaciones sociales y las habilidades funcionales. Adicionalmente, encuentran un efecto indirecto de la actividad física, el cual influye en las relaciones sociales y habilidades funcionales (ver Figura 18).

Figura 18. Modelo estructural de satisfacción en personas mayores españolas.



En culturas orientales, Chyi y Mao (2012) investigaron cuales eran los determinantes de felicidad de la población vieja China. Encontraron que vivir con los hijos se asoció negativamente con la felicidad incluso controlando por variables demográficas; mientras que vivir con nietos tenía un efecto positivo en esta. Reportaron que variables sociodemográficas como el nivel socioeconómico, edad y estado civil también se asociaron con la felicidad. Ju et al. (2013) proponen un modelo para población mayor en Corea del sur, en el que plantean que el sentido de la vida media parcialmente la relación entre el optimismo y el bienestar subjetivo.

1.1. Modelos de bienestar en la vejez en Latinoamérica.

En el contexto latinoamericano se han propuesto pocos modelos sobre bienestar subjetivo en la vejez. Los que se han establecido, son principalmente desde una mirada del bienestar colectivo más no modelos asociados al bienestar individual.

Uno de los modelos desarrollados en Latinoamérica es el propuesto por Mella et al. (2004) quienes estudiaron los determinantes del componente cognoscitivo del BS en un pequeño grupo de personas mayores en Chile. Los autores probaron como modelo predictivo que la salud percibida, el apoyo social y la ausencia de depresión se asociaba con la satisfacción con la vida. Los resultados del modelo sugieren que todas las variables, menos la salud percibida, se asociaban al componente cognoscitivo del BS. Encontraron que el apoyo social explicaba en mayor proporción la varianza del BS.

Oliver, Navarro, Meléndez, Molina y Tomás (2009) proponen un modelo multifactorial acerca de los determinantes de bienestar psicológico en una muestra de personas mayores en República Dominicana. Los autores reportan un modelo en el que las variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios y actividad remunerada) tienen una relación significativa, aunque baja, con la funcionalidad para las actividades básicas de la vida diaria, la que a su vez se relacionó con las dimensiones de autonomía y crecimiento personal del bienestar psicológico, sin embargo, esta relación también fue baja. Las variables sociodemográficas se relacionaron al menos con una de las seis dimensiones del bienestar psicológico. El nivel educativo fue la variable que tuvo mayor relación con la funcionalidad y el bienestar psicológico.

Ramírez-Pérez y Lee-Maturana (2012) evaluaron variables que se asociaban con la satisfacción vital en un grupo de personas mayores con enfermedad crónica y otro sin presencia de enfermedad crónica en la ciudad de Arica en Chile. Hallaron que los factores relacionados con el apoyo material de la familia, así como los ingresos y situación de vivienda, se asociaban con la satisfacción con la vida en las personas sin enfermedad, mientras que para el grupo de enfermedad crónica se asoció con el tener hijos y vivir con alguien.

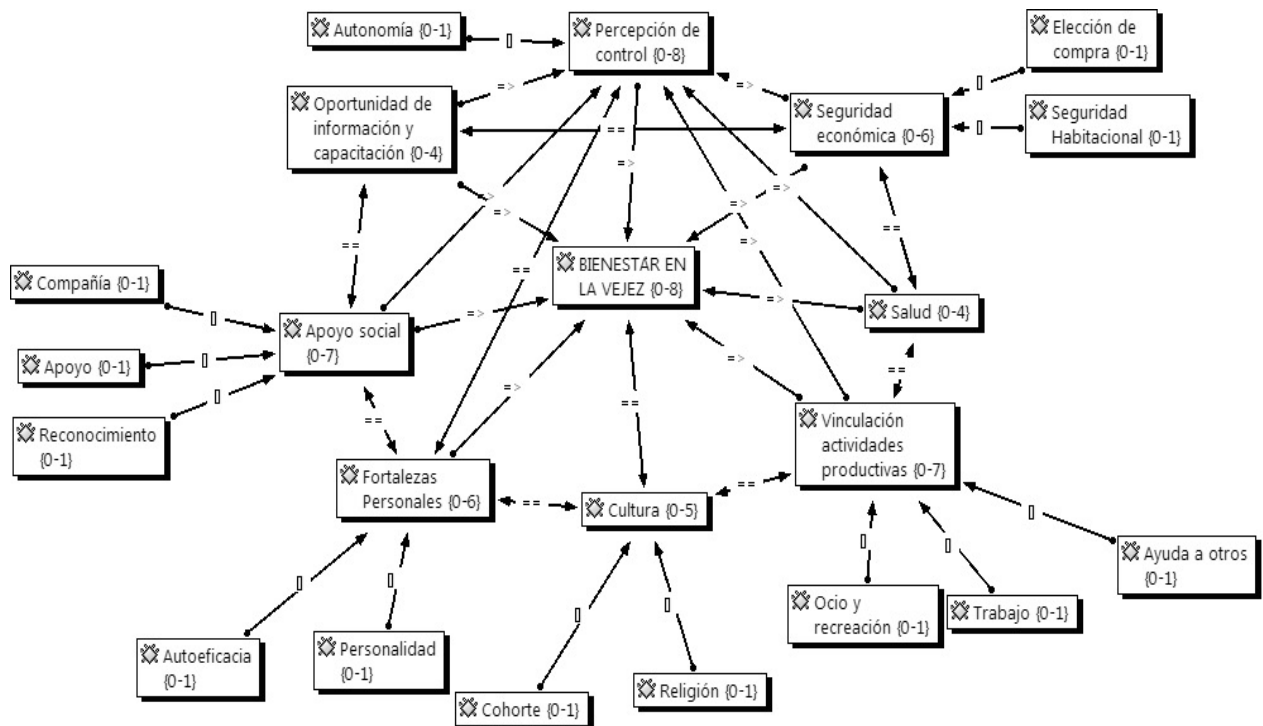
Inga-Aranda y Vara-Horna (2006) realizaron una regresión lineal jerárquica para determinar las variables que mejor predicen la satisfacción con la vida en una muestra de mayores peruanos. Encontraron que el resentimiento, presencia de maltrato y consumo de sustancias psicoactivas predecían negativamente la satisfacción con la vida, mientras que la presencia de apoyo social, tener amigos y mayor nivel educativo se asoció positivamente con el componente cognoscitivo-valorativo del BS. Los autores reportan que la identidad pro-social predijo la satisfacción vital solo en las mujeres.

En el contexto colombiano se han propuesto muy pocos modelos de determinantes de BS. Uno de los propuestos se llevó a cabo con estudiantes universitarios, administrativos y docentes. Este estudio fue realizado por Gómez, De Posada, Barrera y Cruz (2007) quienes proponen que el bienestar subjetivo está determinado por la satisfacción con las relaciones afectivas, familia, la actividad actual, así como un alto nivel de autoeficacia. A pesar de que los autores aseguran evaluar los dos componentes del BS, parecen realizar la regresión lineal solo con el componente cognoscitivo.

El antecedente más importante de este trabajo es el estudio realizado por Reyes et al. (2014) a través de una investigación cualitativa, la cual tuvo el objetivo de conocer los determinantes de bienestar subjetivo de las personas mayores en situación de pobreza en Bogotá. Las investigadoras desarrollaron un modelo a través de la metodología de teoría fundamentada. Entrevistaron a 12 hombres y mujeres entre los 60 y 80 años pertenecientes al proyecto “Años Dorados: Vejez con Dignidad” de la Secretaria de Integración Social de Bogotá. Para la selección de los participantes se establecieron perfiles con el objetivo de encontrar los posibles casos más diferentes y más comunes según lo recomienda Amartya Sen (Altamar, 2009). Se realizó un análisis de componentes principales categóricos con el fin de

establecer los diferentes perfiles de las personas mayores activas y en lista de espera del programa. Los resultados de la teoría fundamentada proponen un modelo a través del análisis de las relaciones entre categorías, sub-categorías, y la categoría central. Los resultados encontrados mostraron que el bienestar en las personas mayores está determinado por una jerarquía de factores (ver Figura 19). Se identificó a la percepción de control y autonomía como categorías de mayor jerarquía, que son alimentadas por factores de segundo nivel (sub-categorías), los cuales fueron: (a) percepción de apoyo social, (b) actividades productivas, (c) seguridad económica salud, (d) fortalezas personales, (e) factores culturales; y, (f) acceso a información y capacitación (Reyes et al., 2014).

Figura 19. Determinantes de bienestar de las personas mayores en situación de pobreza en Bogotá: Categorías y sus relaciones (Reyes et al., 2014, p.111).



El modelo de Reyes et al. (2014) es apenas un primer intento de explorar los determinantes de bienestar, sin embargo deja varios interrogantes, como por ejemplo la exploración de la variable sentido de vida y además solo se tuvo en cuenta población en situación de pobreza que recibe ayuda del estado. Adicionalmente la aproximación cualitativa a pesar de permitir una mayor profundización e interactuar con las personas para poder realizar la descripción sobre los fenómenos que involucran los sentimientos, pensamientos y

emociones, difíciles de obtener a partir de los métodos cuantitativos (Camfield, Crivello y Woodhead, 2009), tiene limitaciones metodológicas, por esto continuar estos estudios y extenderlos a los métodos cuantitativos, puede lograr validar cuantitativamente la información. El presente proyecto de investigación pretende evaluar algunos de los aspectos del modelo del modelo de Reyes et al. (2014) a través de una mirada cuantitativa y expandir el estudio a la población mayor en general, en donde se tenga en cuenta no solo personas mayores en situación de pobreza sino también personas pensionadas y de diferentes niveles socio-económicos.

Capítulo 5
Objetivos e Hipótesis

A lo largo del presente trabajo, se ha abordado el concepto de bienestar, haciendo énfasis en el bienestar subjetivo y los diversos factores psico-sociales que lo determinan. Así mismo, a través de este proyecto se busca proponer un modelo de determinantes de bienestar en la vejez en población colombiana desde una mirada cuantitativa con base en lo encontrado por Reyes et al. (2014) a nivel cualitativo. Esto ha llevado a proponer una serie de objetivos e hipótesis que se definen a continuación.

1. Objetivo general.

Desarrollar un modelo de ecuaciones estructurales de los determinantes psicosociales de las dimensiones afectivas y cognoscitivas del bienestar subjetivo en personas mayores colombiana. Dentro de los determinantes de bienestar se encuentran el bienestar psicológico, la resiliencia, el afrontamiento, apoyo social, vivir con alguien, el nivel socio-económico (NSE) y tener una ocupación actualmente.

2. Objetivos específicos e hipótesis.

2.1. Objetivo específico 1.

Describir las puntuaciones obtenidas por los participantes en las pruebas aplicadas y explorar si existe correlación entre las dimensiones del bienestar subjetivo y las variables psicológicas: resiliencia, apoyo social, bienestar psicológico y afrontamiento.

- H.1. La satisfacción con la vida tendrá una correlación directamente proporcional con mayores puntuaciones en la escala de resiliencia y la presencia de fuentes de apoyo familiar, y extra-familiar, así como con las seis dimensiones del bienestar psicológico. En cuanto a las estrategias de afrontamiento se encontrará una relación positiva con las estrategias orientadas al problema y negativa con aquellas orientadas a la emoción.
- H.2. La dimensión de afecto positivo de tanto de estado como rasgo se relacionará con la resiliencia, el apoyo social, las seis dimensiones del bienestar y la estrategia de afrontamiento de re-evaluación positiva.
- H.3. El afecto negativo tanto de estado como rasgo se relacionará negativamente con la resiliencia, el apoyo social, las seis dimensiones del bienestar y la estrategia de afrontamiento de re-evaluación positiva. Mientras que esta relación será directamente proporcional con las estrategias de afrontamiento de autofocalización negativa y expresión emocional.

2.2. Objetivo específico 2.

Estudiar las diferencias en las dimensiones del bienestar subjetivo analizadas en función de variables sociodemográficas de sexo, edad y NSE.

- H.1. Los hombres presentarán una mayor satisfacción con la vida que las mujeres.
- H.2. Las personas mayores del grupo de 80 años en adelante presentarán menores niveles de satisfacción con la vida que los del grupo de 57 a 69 años y de 70 a 79 años.
- H.3. Las personas en un NSE alto presentarán una mayor satisfacción con la vida que las personas del grupo de NSE medio y bajo. No se encontrarán diferencias entre los NSE medios y bajos.
- H.4. Los hombres presentarán un mayor afecto positivo de rasgo y estado que las mujeres.

H.5. No se encontrarán diferencias según edad en las dimensiones afectivas del bienestar.

H.6. Las personas en un NSE bajo presentarán un mayor afecto positivo de estado que las personas de NSE medio y alto. No se encontrarán diferencias entre los NSE medios y altos.

2.3. Objetivo específico 3.

Analizar las diferencias en las dimensiones del bienestar psicológico y afrontamiento en función de variables demográficas de edad y sexo.

H.1. Las mujeres obtendrán puntuaciones significativamente mayores que los hombres en las dimensiones del bienestar psicológico de relaciones positivas con otros y crecimiento personal.

H.2. Los hombres obtendrán puntuaciones significativamente mayores que las mujeres en las dimensiones del bienestar psicológico de autonomía.

H.3. Las personas mayores del grupo de 80 años en adelante presentarán menores niveles de bienestar psicológico en las dimensiones de dominio del ambiente y autonomía que los del grupo de 57 a 69 años y de 70 a 79 años.

H.4. Las mujeres usarán más estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción que los hombres.

H.5. Los hombres usarán más estrategias de afrontamiento orientadas al problema que las mujeres.

H.6. No se encontrarán diferencias entre hombres y mujeres en la estrategia de afrontamiento de religión.

H.7. El grupo de las personas de 80 años y más usarán más estrategias de afrontamiento orientado a la emoción que los adultos mayores más jóvenes.

2.4. Objetivo específico 4.

Analizar la validez de constructo a través de la técnica de análisis factorial

confirmatorio de las escalas aplicadas y realizar modificaciones que no afecten la estructura factorial de las escalas a los modelos de medida que no logren un ajuste inicial adecuado. Las escalas evaluadas a través de un análisis factorial confirmatorio son:

- Escala de Satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).
- Escala de Afecto Positivo y Negativo (Watson, Clark y Tellegen, 1988).
- Brief Resilient Coping Scale (Sinclair y Wallston, 2004).
- Escala de bienestar psicológico (Ryff, 1989).
- Cuestionario de Afrontamiento al Estrés- CAE (Sandín y Chorot, 2003).
- Inventario NEO reducido de Cinco Factores - NEO-FFI (Costa y McCrae, 1992)

H.1. La mayoría de las escalas mostrarán adecuados índices de ajuste, por lo tanto, se logrará obtener una validación de constructo para la muestra colombiana.

H.2. Se realizarán modificaciones a los modelos de medida las escalas para lograr un adecuado ajuste de los datos a la muestra.

2.5. Objetivo específico 5.

Analizar a través de un modelo de ecuaciones estructurales si las variables psicológicas y sociales de resiliencia, el afrontamiento, apoyo social, vivir con alguien, el nivel socio-económico y tener una ocupación actualmente, se asocian con las tres dimensiones del bienestar subjetivo (satisfacción vital, afecto positivo y afecto negativo) o solo con algunas de ellas.

H.1. La satisfacción con la vida, estará determinada por cuatro dimensiones del bienestar psicológico (auto-aceptación, propósito en la vida, crecimiento personal y dominio del entorno), resiliencia, la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, adicionalmente a la satisfacción con el apoyo, el vivir con alguien, el nivel socioeconómico y tener una ocupación.

H.2. La dimensión de afecto positivo estará determinada por el NSE, satisfacción con el apoyo social, algunas estrategias de afrontamiento (focalización en el

problema, reevaluación positiva y evitación), resiliencia, las dimensiones del bienestar psicológico de dominio del ambiente y propósito en la vida.

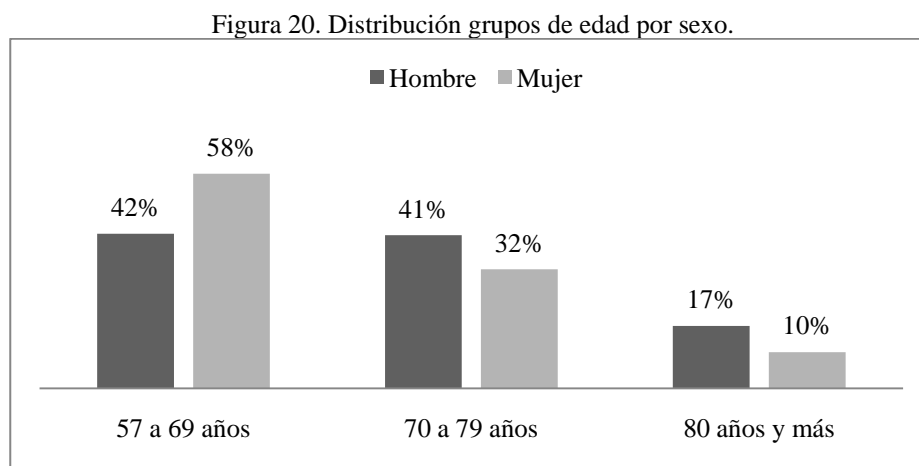
H.3. El afecto negativo estará explicado por las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo, autofocalización negativa, religión y expresión emocional, así como del NSE y el no tener alguna ocupación actual.

Capítulo 6

Método

1. Participantes.

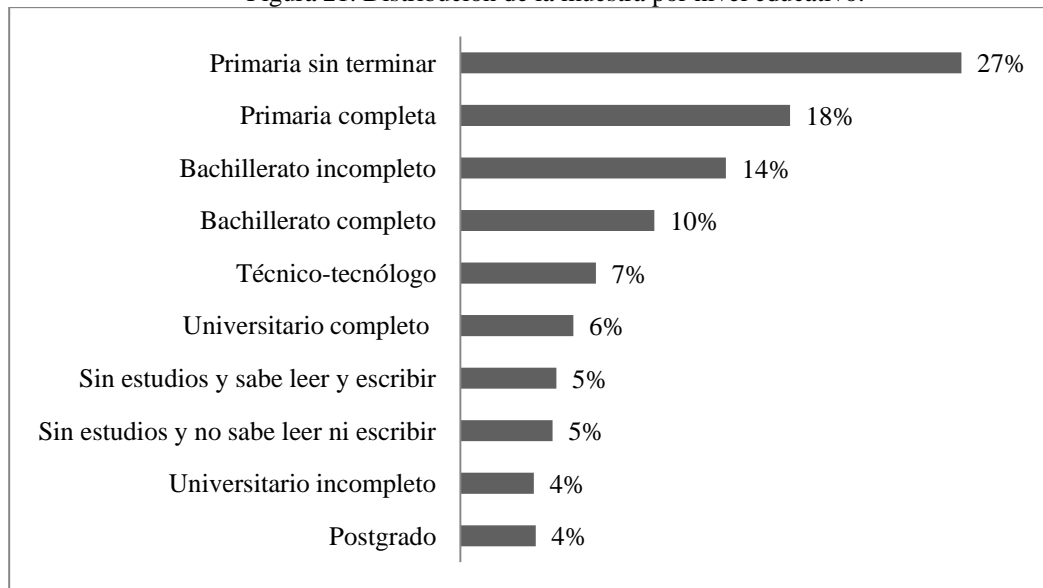
La muestra estuvo compuesta por 617 personas (61% mujeres y 39% hombres) de 57 años y más de nacionalidad colombiana, con un promedio de edad de 70 años ($DT= 7,49$). La mayoría se encontraba en un rango de edad de 57 a 69 años (51,8%), seguidos de 70 a 79 años (35,7%) y los mayores de 80 años (12,5%). En la figura 20 se puede observar la distribución de edad según sexo.



Respecto al estado civil el 44% era casado, 28% viudo, 15% soltero y el 13% separado o divorciado. La gran mayoría reportó tener hijos (91%), en promedio los participantes tenían 3 hijos. En cuanto al nivel educativo la mayoría tenían primaria sin terminar o completa o bachillerato incompleto (Figura 21) y la minoría tenía estudios universitarios.

De forma general, debe señalarse que en Colombia, según las estimaciones de DANE (2005), el 37,2% de la población ha alcanzado el nivel de básica primaria, el 31,8% secundaria y el 11,9% el nivel superior y postgrado. Se estima que el 10,2% de la población en Colombia no ha recibido algún tipo de educación (DANE, 2005).

Figura 21. Distribución de la muestra por nivel educativo.



Respecto a la fuente de ingresos, el 46% de los participantes eran pensionados, el 37% no recibía pensión (de los cuales el 31% recibía subsidio del estado). El nivel de ingresos reportado por los participantes señaló que el 57% tenía un ingreso mensual de menos de un salario mínimo legal vigente – SMLV (en Colombia el SMLV es de aproximadamente USD\$350). Los participantes eran en su mayoría (45%) de un nivel socio-económico (NSE) bajo, seguidos de NSE medio bajo (31% estrato tres), medio y alto (24% estratos 4, 5 y 6).

El NSE se estableció a través de la variable estrato. Colombia usa un sistema de estratificación socioeconómica como estrategia para clasificar las tarifas de servicios públicos para las viviendas. Esto se realiza con el fin de que las viviendas que se encuentran en predios de alto costo subsidien a los que viven en viviendas de menor costo. La clasificación consiste en seis estratos socio-económicos: (a) estrato 1: bajo-bajo, (b) estrato 2: bajo, (c) estrato tres: medio-bajo, (d) estrato cuatro: medio, (e) estrato cinco: medio alto; y, (f) estrato seis: alto. Los estratos uno y dos y en unos casos el tres son posibles beneficiarios de subsidios. Los de estrato cinco y seis pagan un sobre costo a los servicios públicos para subsidiar los estratos bajos. Es de resaltar que estos criterios no tienen en cuenta los ingresos de los habitantes de las viviendas (Ley 142, 1994).

Como se observa en la Tabla 6, la mayoría de los participantes vivían en una casa propia y con sus parejas, hijos o ambos. Las mujeres participantes presentaron una mayor

tendencia a vivir solo con sus hijos que los hombres, quienes vivían en mayor proporción con sus parejas.

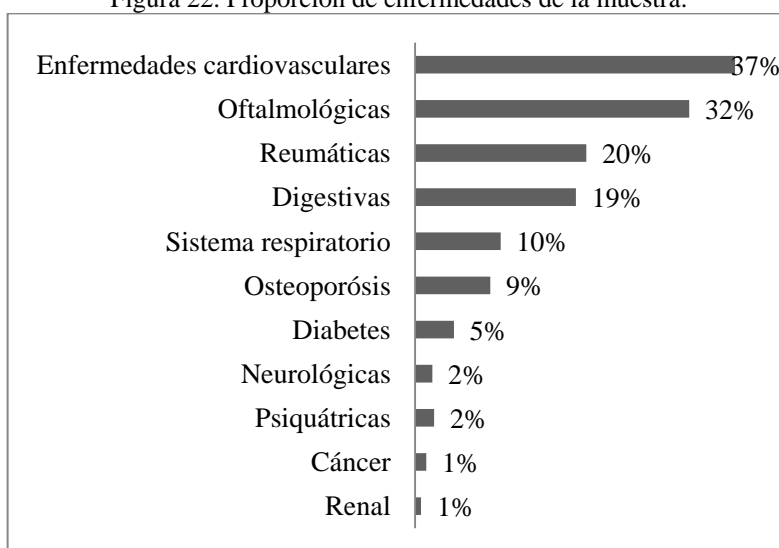
Tabla 6. Lugar de vivienda y con quienes viven los participantes.

	Total	Hombres	Mujeres
Lugar de vivienda			
Casa propia	63%	68%	61%
Casa arrendada	19%	17%	20%
Casa de familiares	12%	8%	14%
Arrenda habitación	6%	7%	5%
Con quien vive			
Pareja	20%	30%	14%
Hijos	25%	12%	33%
Pareja e hijos	24%	30%	19%
Solo	18%	20%	17%
Otros familiares	13%	8%	17%

Respecto a la ocupación actual, los participantes en su mayoría manifestaron estar dedicados al hogar (66%) especialmente las mujeres (79%) y pertenecían adicionalmente a grupos de ocio y recreación (32%). Tan solo el 22% manifestó además estar trabajando (de los cuales el 72% eran hombres). En cuanto a la ocupación anterior, el 48% aseguró haberse dedicado a trabajo no calificado, seguido de un 18,5% que refirió haberse desempeñado en trabajo técnico o tecnológico, el 18% al hogar y el 15,2% a trabajo profesional.

En lo que respecta al estado de salud, el 80% manifestó tener al menos una enfermedad. Como se observa en la figura 22, la mayoría presentaba enfermedades cardiovasculares, oftalmológicas, reumáticas y digestivas. En la pregunta que se le pedía al participante que valorara su salud en el último año, en una escala de 1 a 10, los participantes evaluaron su salud con un promedio de 7 ($DE=2,01$).

Figura 22. Proporción de enfermedades de la muestra.



Criterios de inclusión/exclusión. Como criterios de inclusión en esta investigación se tuvo en cuenta que fueran personas de 57 años y más, de nacionalidad colombiana, que no presentarían ningún signo de alteración cognoscitiva, moderado a severo y/o trastorno psiquiátrico diagnosticado que afecte el desempeño en la investigación. Como cribado de deterioro cognoscitivo se utilizó el *Mini Mental State Examination*, debido a que esta prueba está validada en Colombia por Roselli et al. (2000). Según los puntos de corte establecidos por Roselli et al. (2000) se incluyeron las personas que con estudios primarios obtuvieran puntuaciones mayores o iguales a 24, para alfabetos sin estudios con puntuaciones mayores o iguales a 21 y para analfabetas con puntuaciones mayores o iguales a 17/28. Aquellas personas en situación de institucionalización y aquellas que presenten trastorno psiquiátrico diagnosticado no fueron incluidas en el presente estudio.

2. Instrumentos.

Cuestionario datos socio-demográficos. Este cuestionario estaba compuesto por 15 ítems dirigidos a recolectar información sobre: (a) Sexo, (b) edad, (c) estado civil, (d) Nivel socio-económico y nivel de ingresos, (e) escolaridad, (f) lugar de vivienda, (g) ocupación anterior y actual, (h) percepción de estado de salud evaluado a través una escala de uno a 10; y, (i) presencia de enfermedades (ver Apéndice A).

Bienestar subjetivo. El componente afectivo del bienestar subjetivo se midió a través de dos escalas que evalúan las dos dimensiones del bienestar subjetivo. Para la evaluación del componente cognoscitivo la Escala de Satisfacción con la Vida (*The Satisfaction With Life Scale*, SWLS) y para la dimensión afectiva se aplicaron las Escalas de afecto positivo y negativo (PANAS).

Escala de Satisfacción con la vida. Esta escala fue diseñada por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) para medir la dimensión cognoscitivo-valorativa del bienestar subjetivo. La escala a través de cinco preguntas evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida. Esta escala ha mostrado una buena validez convergente y

con estabilidad temporal (Kobau, Snizek, Zack, Lucas y Burns, 2010; Pavot y Diener, 2009), confirmándose su invarianza en relación al género ((Shevlin et al., 1998; Wu y Yao, 2006). Ha sido traducida a diferentes idiomas entre esos el castellano.

Se aplicó la versión traducida al castellano y validada en España por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000), en la que existen cinco opciones de respuesta, con valores entre uno y cinco, donde 1 = totalmente en desacuerdo y 5 = totalmente de acuerdo; el análisis psicométrico señaló la existencia de una estructura mono-factorial y una buena consistencia interna. En el presente estudio se encontró igualmente una alta consistencia interna para esta escala ($\alpha = 0,800$).

Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). Fueron desarrolladas por Watson, Clark y Tellegen (1988) para evaluar las dimensiones del afecto a través de dos factores, uno que evalúa el afecto positivo (AP) y otro el afecto negativo (AN). El AP se refiere al nivel en que las personas experimentan emociones placenteras, mientras que AN es a dimensión general de experimentar estados de ánimo aversivos.

El cuestionario está compuesto por 20 ítems en los cuales evalúa el AP y AN según un periodo de tiempo, para la última semana y para generalmente. Los ítems corresponden a palabras que son emociones y sentimientos, 10 corresponden a descriptores del AP (Interesado/a, Ilusionado/a, Fuerte, Entusiasmado/a, Satisfecho/a contigo mismo/a, Despierto/a, Inspirado/a, Decidido/a, Concentrado/a, Activo/a) y 10 del AN (Angustiado/a, Afectado/a, Culpable, Asustado/a, Agresivo/a, Irritable, Avergonzado/a, Nervioso/a, Agitado/a y Miedoso/a). Las personas deben puntuar en una escala Likert de cinco niveles (1= muy poco o nada, 2= algo, 3= moderadamente, 4= bastante, 5= extremadamente) el grado en que experimentan estos descriptores del afecto, en la última semana y generalmente (Watson, Clark y Tellegen, 1988).

Esta escala ha mostrado una alta consistencia interna y validez de constructo en población estadounidense (Watson, Clark y Tellegen, 1988; Crawford y Henry, 2004) y europea (i.e. Sandín et al. 1999). En el contexto Latinoamericano Robles y Páez (2003) evaluaron las propiedades psicométricas de la escala PANAS en población mexicana. Los autores calcularon una consistencia interna para cada uno de los factores (AP y AN) y tanto para última semana como generalmente. Los resultados mostraron una alta consistencia

interna y confirmaron la estructura factorial de la versión en inglés. En Colombia no se ha realizado un estudio psicométrico del PANAS.

Para la presente muestra, se encontró una alta consistencia interna para AP de última semana ($\alpha = 0,809$) y generalmente de ($\alpha = 0,822$); así como para AN (AN última semana $\alpha = 0,713$ y AN generalmente $\alpha = 0,810$). El AP y AN de última semana también es llamado de rasgo y el AP y AN generalmente se conoce como de rasgo (Merz y Roesch, 2011).

Escala de bienestar psicológico de Ryff - EBR (1989). Esta escala evalúa las seis dimensiones del bienestar psicológico propuestas por Carol Ryff (1989), las cuales son: (a) auto-aceptación, (b) dominio del ambiente, (c) autonomía, (d) relaciones positivas con otros, (e) crecimiento personal; y (f) propósito en la vida. Los primeros análisis psicométricos mostraron una consistencia interna de baja a moderada en sus dimensiones y del análisis de la estructura factorial resultó en el modelo de los seis factores (Ryff y Keyes, 1995). Estudios más recientes han evaluado la validez de constructo de las diferentes versiones de la escala, por ejemplo van Dierendonck (2004) encontró que las versiones cortas de la escala presentaban una alta consistencia interna, mientras que los resultados a pesar de confirmar el modelo de seis dimensiones, para la estructura factorial los índices de ajuste no fueron satisfactorios y recomienda fusionar dos factores. Springer y Hauser, (2006) evaluaron la validez de constructo de la escala y encontraron que los factores no se discriminan entre sí y sugieren que el cuestionario no tiene las seis dimensiones que propone. Sin embargo, Ryff y Singer (2006) cuestionan los hallazgos de Springer y Hauser (2006), sugieren que se deben a problemas metodológicos, como por ejemplo realizar un análisis más exploratorio que confirmatorio, ya que prueban cerca de 10 modelos que no están guiados por la teoría y además sustentan el modelo con la amplia evidencia empírica existente.

Esta es una escala que ha sido usada frecuentemente en varios países en donde ha comprobado la estructura factorial y mostrado un ajuste aceptable (Kállay y Rus, 2014, Lindfors, Berntsson y Lundberg, 2006). En este estudio se aplicó la versión española de 29 ítems adaptada por Díaz et al. (2006). Tomás, Meléndez, Sancho y Mayordomo (2012) analizaron las propiedades psicométricas de la escala en población mayor española y encontraron que la estructura factorial de seis y cinco factores son las que muestran un mejor

ajuste, estos autores reportan una confiabilidad moderada a alta especialmente en el modelo de las seis dimensiones.

En la presente investigación se calculó la consistencia interna de la escala, la cual se encontró alta para las dimensiones de auto-aceptación ($\alpha = ,690$), relaciones positivas con otros ($\alpha = ,600$) y propósito en la vida ($\alpha = ,710$), mientras que para autonomía ($\alpha = ,570$), crecimiento personal ($\alpha = ,430$) y dominio del ambiente ($\alpha = ,420$) fue moderada y baja.

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés- CAE (Sandín y Chorot, 2003). Se aplicó la versión validada en población mayor Española por Tomás, Sancho y Meléndez (2013). El CAE está dirigido a evaluar el afrontamiento generalizado a través de 42 ítems, se basa en la clásica diferenciación entre el afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción, donde el centrado en el problema consiste en hacer frente a la situación estresante mediante esfuerzos para modificar el problema; mientras que el centrado en las emociones, tendría como objetivo la gestión de las emociones desadaptativas que se asocian con la situación (Lazarus y Folkman, 1984; Aldwin y Revenson, 1987).

El CAE está compuesto por siete factores que corresponden a las dimensiones básicas del afrontamiento, estas son: (a) focalizado en problema, estrategias conductuales y cognoscitivas dirigidas a modificar la situación estresante, (b) auto-focalización negativa, estrategias basadas en la auto-crítica y auto-culpa por la situación ocurrida o su manejo, (c) re-evaluación positiva, estrategias cognoscitivas dirigidas a manejar y comprender el problema (d) expresión emocional, estrategias encaminadas a liberar las emociones (e) evitación, estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o comportamientos relacionados con la situación estresante, (f) búsqueda de apoyo social, estrategias que involucran apoyo en otros para aliviar las consecuencias de la situación problemática; y, (g) religión, estrategias que están asociadas a recurrir a pensamientos religiosos, a la iglesia, a Dios para modificar la situación estresante o sentir consuelo (Tomás, Sancho y Meléndez, 2013)

Sandín y Chorot (2003) encontraron evidencia de un modelo de primer orden de siete factores en un análisis factorial exploratorio. En un segundo análisis estos autores comprueban un modelo con dos factores adicionales de segundo orden a través de un AFC, un

factor corresponde al afrontamiento centrado en el problema y otro en la emoción. La estructura factorial ha sido explorada en población universitaria en México (González y Landero, 2007) y en personas mayores españolas (Tomás et al., 2013). Para el actual estudio, se encontró una alta consistencia en todas las dimensiones de la escala para la muestra de población mayor colombiana, los coeficientes alfa oscilaron entre 0,600 a 0,850.

Brief Resilient Coping Scale (BRCS). Es una escala breve (cuatro ítems) que fue desarrollada por Sinclair y Wallston (2004) para identificar las tendencias para afrontar en estrés de una manera altamente adaptativa. La escala evalúa en una escala Likert de cinco puntos que tanto las afirmaciones se asemejan a la manera de reaccionar ante situaciones difíciles, en donde 1 no refleja nada y 5 es la forma habitual de responder.

Smith et al. (2008) reportaron una alta consistencia interna y confiabilidad test-retest para la BRCS, una estructura mono-factorial, así como una validez convergente y discriminante en población joven y adulta. En población española, Tomás, Meléndez, Sancho y Mayordomo (2012) encontraron un buenos índices de ajuste según un análisis factorial confirmatorio y una alta consistencia interna. Para la muestra de este trabajo se encontró igualmente una consistencia interna alta ($\alpha = 0,830$).

Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI). Se utilizó la versión reducida del Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO-PI-R) de Costa y McCrae (1992). Esta versión está orientada a evaluar los cinco grandes dominios de personalidad en 60 reactivos. Incluye los ítems que más se asocian con los cinco factores, este inventario ha sido traducido a varios idiomas y es una de las medidas más usadas para evaluar el modelo de los cinco factores (Thalmayer, Saucier y Eigenhuis, 2011). Las dimensiones evaluadas se describen a continuación.

Neuroticismo [N]. Evalúa Estabilidad vs. Inestabilidad emocional. Reconoce la tendencia de los individuos proclives a un sufrimiento psicológico, ideas no realistas, antojos o urgencias excesivas y respuestas de afrontamiento no adaptativas. Puntuación baja, representa a individuos seguros, resistentes y generalmente relajados, incluso en situaciones estresantes; mientras que puntuación alta caracteriza a individuos sensibles, emotivos y

propensos a experimentar sensaciones desagradables (Costa y McCrae, 1992, 1999). En este estudio se encontró una alta consistencia interna para este rasgo ($\alpha = ,75$)

Extraversión [E]. Esta dimensión contiene un grupo de rasgos que incluyen la sociabilidad, actividad y tendencia a experimentar emociones positivas. Evalúa la cantidad e intensidad de la interacción entre personas, el nivel de actividad, la necesidad de estímulos y la capacidad de disfrute. Puntuación baja en esta dimensión se corresponde con personas introvertidas, reservadas y serias, que prefieren estar solos o en compañía de amigos muy cercanos; por el contrario, puntuación alta caracteriza a personas extravertidas, abiertas, activas y enérgicas, a las que les gusta estar rodeadas de personas (Costa y McCrae, 1992, 1999). Se una consistencia interna alta para este rasgo ($\alpha = ,75$)

Apertura a la experiencia [O]. Evalúa la búsqueda y valoración activa de la experiencia en sí misma, y la tolerancia y exploración de lo desconocido. Puntuación baja en este factor caracteriza a individuos prácticos, tradicionales y comprometidos con los métodos ya existentes. Por otro lado, puntuaciones altas caracterizan a individuos abiertos a nuevas experiencias, imaginativos y con amplias alternativas de interés (Costa y McCrae, 1992, 1999). En este estudio se encontró una consistencia interna moderada para este rasgo ($\alpha = ,61$)

Amabilidad [A]. Evalúa la cualidad de la propia orientación interpersonal a lo largo de un continuo, desde la compasión a la rivalidad de pensamientos, sentimientos y acciones. Puntuación baja caracteriza a personas realistas, escépticas, orgullosas y competitivas, mientras que una puntuación alta caracteriza a personas compasivas, sensibles y dispuestas a cooperar y a evitar conflicto (Costa y McCrae, 1992, 1999). Se encontró una alta consistencia interna para este rasgo ($\alpha = ,67$)

Responsabilidad [C]. Evalúa el grado de organización del individuo, la perseverancia y la motivación en la conducta regida hacia la consecución de un objetivo. Puntuaciones bajas en esta dimensión son obtenidas por individuos que no se organizan bien, prefieren no hacer planes, y en ocasiones muestran poco cuidado en su trabajo. Por el contrario, puntuaciones altas caracterizan a individuos responsables y organizados que cuentan con principios sólidos y no paran hasta lograr sus objetivos. Se encontró una alta consistencia interna para este rasgo ($\alpha = ,70$) en este estudio.

Respecto a los aspectos psicométricos el NEO-FFI ha mostrado una alta consistencia interna (Costa y McCrae, 1992) y en general adecuadas propiedades psicométricas en varios estudios con diversas poblaciones (Espinosa-Méndez, Contreras-Torres y Esguerra-Pérez, 2009; Yoshimura, Ono, Nakamura, Nathan y Suzuki, 2001; Zambrano – Cruz, 2011). Debido a algunas críticas que ha recibido el NEO-FFI (i.e. (Gignac, Bates y Jang, 2007; Thalmayer et al., 2011). McCrae y Costa (2004) realizaron un nuevo análisis de los ítems y proponen que 14 de los 60 ítems pueden ser reemplazados mejorando las propiedades psicométricas, sin embargo, aseguran que estas mejoras son leves y que el NEO-FFI es una medida apropiada que recomiendan seguir usando en investigación.

Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores. ERASAM – México. Esta escala se basa en el enfoque del envejecimiento activo, fue construida por Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado (2009) en México, para evaluar el tamaño, densidad de las redes de apoyo (RAS), la frecuencia de contacto, el tipo de apoyo recibido y la satisfacción con este. Evalúa los componentes informales (cónyuge, hijos otros familiares, amigos y comunidad) y formales (instituciones) de las RAS.

La escala detecta a través de 54 reactivos las fuentes de apoyo formal e informal, explora para cada una de ellas la frecuencia de contacto en una escala de cuatro puntos (0 = no lo(a) ve o habla, 1 = menos de una vez al mes, 2 = una o dos veces al mes, 3 = una vez a la semana), el tipo de apoyo que recibe: (a) material: dinero o apoyo en alojamiento, alimentación, pago de servicios, etc.; (b) emocional: afecto, compañía, reconocimiento, escucha; (c) instrumental: cuidado, transporte, labores del hogar; y, (d) informativo: promoción de la salud, asesorías, intercambio de experiencias; y, la satisfacción con cada uno de estos en una escala de cuatro puntos (0 = nada, 1 = poco, 2 = regular, 3 = mucho). La escala permite calcular un puntaje ponderado del apoyo familiar (cónyuge, hijos, otros familiares), extra-familiar (amigos y comunidad) y apoyo social institucional (instituciones).

Respecto a los aspectos psicométricos Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado (2009) refieren que este cuestionario mostró una alta confiabilidad pre-test post-test en población mayor mexicana.

3. Procedimiento.

El proceso inició con la fase de reclutamiento. Los participantes fueron contactados por medio de líderes comunitarios, alcaldías locales de la ciudad de Bogotá y municipios aledaños, grupos de ocio y recreación de mayores y referidos. Inicialmente las personas mayores eran invitadas a participar, se les informaba sobre el objetivo del estudio, posibles riesgos, se hizo énfasis en que la participación era voluntaria, confidencial y que podrían retirarse en cualquier momento si así lo deseaban. Aquellas personas que estaban interesados dieron su consentimiento.

Primero se aplicó el MMSE y una entrevista, para determinar si la persona cumplía con los criterios de inclusión descritos anteriormente. Se excluyeron solo a cinco personas, las cuales fueron remitidas a una valoración por un especialista a través de su seguro de salud. Quienes cumplieron con los criterios de inclusión y deseaban continuar se le aplicó todo el protocolo de pruebas descritas en el apartado de instrumentos. Al finalizar, se les informó que si estaban interesados en los resultados podrían solicitarlos.

Se les entregó un agradecimiento por su participación y a las personas de un nivel socio-económico bajo se le cubrió los gastos de transporte. En los grupos dirigidos por líderes comunitarios se ofrecieron charlas informativas sobre recomendaciones para cuidar la memoria y atención. A todos los participantes se les entregó un folleto con recomendaciones sobre cómo vivir mejor la vejez.

3.1. Consideraciones éticas.

La investigación tuvo en cuenta la ley 1090 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología en Colombia. Se contó con un consentimiento informado por cada participante el cual se explicaba en qué consistía la investigación, que esta se utilizará con fines académicos y que los nombres y datos personales no se revelarán guardando la confidencialidad de la información. Así mismo, que la persona podía retirarse del proceso en cualquier momento en que lo desee y que los datos serían eliminados y no se tendrían en cuenta en el estudio.

Se tuvieron en cuenta los principios de la *American Psychological Association* en donde propone lineamientos para el trato y trabajo con esta población, reconociendo sus fortalezas y debilidades. El presente estudio no realizó ninguna técnica invasiva ni de intervención por lo tanto no se evidenciaron posibles riesgos por su participación. Debido a la precaria situación económica de la población objeto, los investigadores se desplazaron hacia los lugares cercanos a la residencia de los mayores buscando y se cubrieron los gastos de desplazamiento. Adicionalmente, a cada persona mayor participante se le brindó un refrigerio.

4. Análisis de datos.

Los análisis estadísticos se realizaron a través del paquete estadístico para ciencias sociales SPSS versión 21 y el programa MPLUS versión 7. El análisis inicial fue de estadística descriptiva para todos los instrumentos aplicados y las características de la muestra. Adicionalmente se realizó un análisis a través de correlaciones bivariadas entre las variables presentadas como predictoras y las dimensiones del bienestar subjetivo.

En segundo lugar, se realizaron análisis inferencial para identificar las posibles diferencias en las dimensiones del bienestar y las variables socio-demográficas como sexo, edad y nivel socioeconómico. Este análisis se realizó a través de ANOVA y MANOVA para la satisfacción con la vida, afecto positivo y negativo, tanto de última semana como generalmente. Adicionalmente, se exploraron diferencias respecto al sexo y edad para la variables de bienestar psicológico y afrontamiento.

Se desarrolló un modelo de ecuaciones estructurales mediante el programa MPLUS7. Para este análisis, se evaluó inicialmente la validez de constructo de los instrumentos utilizados a través de análisis factorial confirmatorio y después se llevó a cabo el modelo de ecuaciones estructurales.

Se utilizaron como criterios para la evaluación del ajuste del modelo el χ^2 y los índices de incrementales: índice de ajuste comparativo (CFI) el criterio usado es que sea $\geq 0,90$ como indicador de buen ajuste o idealmente $\geq 0,95$ (Byrne, 2012; Hu y Bentler, 1998) y el error

cuadrático medio de aproximación (RMSEA) el cual es altamente recomendado por su sensibilidad en la identificación de una pobre especificación del modelo y porque permite establecer intervalos de confianza con un criterio de $\leq 0,60$, (Byrne, 2012).

Capítulo 6
Resultados

A lo largo de este capítulo se presentarán los resultados obtenidos en el proyecto de investigación. Inicialmente se mostrarán los estadísticos descriptivos de las puntuaciones obtenidas en las escalas, seguidos de las correlaciones entre las variables psicológicas de resiliencia, afrontamiento, apoyo social y las dimensiones del bienestar psicológico.

En una segunda parte se muestran los resultados obtenidos a través de estadística inferencial, dirigidos a analizar las diferencias entre el bienestar y las variables sociodemográficas y las variables psicológicas de resiliencia, afrontamiento y bienestar psicológico y el sexo y edad.

En un tercer apartado se presentan los resultados del análisis factorial confirmatorio de las escalas aplicadas y por último el modelo de ecuaciones estructurales.

1. Estadísticos descriptivos.

En la tabla 7 se muestran los resultados promedio obtenidos por los participantes en los diferentes cuestionarios aplicados.

Tabla 7. Medias y desviación estándar de las medidas.

Medidas		Media	Desviación Estándar
Satisfacción con la vida		28,3	5,4
PANAS	Afecto positivo última semana	3,8	0,7
	Afecto negativo última semana	1,8	0,7
	Afecto positivo generalmente	4,4	0,8
	Afecto negativo generalmente	1,8	0,7
Mini Mental State Examination		26,4	3,0
Funcionalidad Barthel		98,2	4,7
Resiliencia		16,6	2,7
Bienestar psicológico	Auto-aceptación	20,6	2,9
	Dominio ambiente	23,5	3,8
	Autonomía	26,3	5,6
	Relaciones con otros	21,2	5,1
	Crecimiento Personal	19,9	3,0
	Propósito en la vida	25,3	3,9

Afrontamiento	Focalizado en problema	18,6	4,3
	Autofocalización negativa	10,9	5,0
	Re-evaluación positiva	18,7	3,9
	Expresión emocional	9,4	5,5
	Evitación	15,5	5,6
	Búsqueda de apoyo social	14,1	7,2
	Religión	17,6	6,3
Integridad		66,4	11,4
Apoyo social	Apoyo familiar	0,8	2,6
	Apoyo extra-familiar	25,7	12,4
	Apoyo institucional	13,0	7,8

En la tabla 8, se presentan las correlaciones bivariadas entre resiliencia, apoyo social, afrontamiento, y bienestar psicológico con las dimensiones del bienestar subjetivo. Se encontró una asociación positiva entre satisfacción vital con mayores puntuaciones en la escala de resiliencia, el apoyo familiar y extra-familiar, satisfacción con el apoyo social y con las seis dimensiones del bienestar psicológico, aunque la asociación fue más fuerte con las dimensiones de auto-aceptación, dominio del ambiente, y propósito en la vida, las correlaciones con las otras tres dimensiones fueron significativas pero bajas. En cuanto a las estrategias de afrontamiento se encontró una relación positiva, aunque baja, solamente con las estrategias focalización hacia el problema y re-evaluación positiva, adicionalmente se encontró una relación inversamente proporcional de fuerza baja, entre satisfacción vital y auto-focalización negativa.

Ahora bien, en cuanto a la dimensión afectiva del bienestar, el afecto positivo tanto de estado como de rasgo se asoció de manera positiva con la resiliencia, el apoyo social familiar y extra-familiar, satisfacción con el apoyo y las seis dimensiones del bienestar psicológico y las estrategias de focalizado hacia el problema y evitación, aunque con esta última la fuerza de la correlación fue muy baja. El afecto positivo de rasgo se asoció adicionalmente con las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo y religión, mientras que no hubo asociación con el AP de estado. Como era de esperarse se presentaron relaciones negativas entre la resiliencia, las dimensiones del bienestar psicológico y el afecto negativo (AN) tanto de estado como de rasgo. Se hallaron correlaciones positivas entre el AP (de estado y rasgo) y las estrategias de afrontamiento de autofocalización negativa, expresión emocional, evitación, búsqueda de apoyo social y religión. Es de resaltar que el apoyo institucional no se asoció con ninguna de las dimensiones del bienestar.

Tabla 8. Coeficientes de correlación entre resiliencia, apoyo social, integridad, afrontamiento, personalidad y bienestar psicológico con el bienestar subjetivo.

Determinantes		Satisfacción con la vida	Afecto positivo última semana	Afecto negativo última semana	Afecto positivo generalmente	Afecto negativo generalmente
Resiliencia BRCS		,32**	,30**	-,17**	,32**	-,17**
Apoyo social	Apoyo familiar	,22**	,16**	-,13**	,20**	-,17**
	Apoyo extra-familiar	,11**	,17**	-0,03	,15**	-0,04
	Apoyo institucional	-0,00	0,06	0,02	0,03	-0,04
Bienestar psicológico	Satisfacción	,10**	,12**	-,04	,10**	-,012
	Auto-aceptación	,56**	,32**	-,32**	,31**	-,30**
	Dominio ambiente	,42**	,25**	-,31**	,23**	-,30**
	Autonomía	,21**	,16**	-,40**	,17**	-,34**
	Relaciones con otros	,29**	,23**	-,27**	,30**	-,26**
	Crecimiento Personal	,30**	,32**	-,27**	,36**	-,23**
Afrontamiento	Propósito en la vida	,57**	,41**	-,28**	,41**	-,26**
	Focalizado en problema	,29**	,33**	-0,06	,36**	-0,05
	Autofocalización negativa	-,10*	-0,07	,31**	-,09*	,32**
	Re-evaluación positiva	,24**	,21**	-0,05	,24**	-0,03
	Expresión emocional	-0,08	-0,03	,36**	-0,02	,36**
	Evitación	0,04	,083*	,090*	,11**	,12**
	Búsqueda de apoyo social	0,01	0,06	,20**	,15**	,14**
Religión	-0,03	0,06	,11**	,10*	,14**	

Nota. * $p < 0,05$; ** $p \leq 0,001$.

2. Resultados Univariados y Multivariados Bienestar subjetivo.

A continuación, se presentan los análisis univariados respecto a las variables socio-demográficas de sexo, edad y NSE y las dimensiones del bienestar subjetivo.

2.1. Satisfacción con la vida.

Se realizó una ANOVA independiente 2 x 3 para identificar las diferencias entre la satisfacción con la vida respecto al sexo y edad (57 a 69 años, 70 a 79 años y 80 años en adelante). El test de Levene mostró igualdad en la varianza varianzas ($F_{(5,58)} = 0,87$, $p = 0,498$).

El ANOVA reveló un efecto principal significativo para sexo ($F_{(1,58)} = 5,25$, $p = 0,022$, $\eta_p^2 = 0,010$). Los hombres ($M = 29,33$, $ES = 0,34$) obtuvieron una puntuación

significativamente mayor en la escala de satisfacción con la vida en comparación con las mujeres ($M = 28,25$, $ES = 0,34$). No se encontraron diferencias para edad ($F_{(2,58)} = 0,11$, $p = n.s.$) ni efectos de interacción entre sexo y edad ($F_{(2,58)} = 1,08$, $p = n.s.$).

Se realizó un ANOVA de una vía para identificar posibles diferencias en la variable satisfacción con la vida y el nivel socio-económico de los participantes (alto, medio o bajo). El test de Levene reveló que existe una diferencia significativa entre las varianzas ($F_{(2,60)} = 4,83$, $p = 0,01$), sin embargo debido a que ANOVA es un estadígrafo robusto y que en muestras grandes el no cumplimiento de este supuesto puede ser flexible (Field, 2013) se continuó con el análisis a pesar de no cumplirse este supuesto

ANOVA mostró diferencias significativas ($F_{(2,60)} = 6,43$, $p = 0,002$, $\eta_p^2 = 0,02$), la prueba Post-hoc con correcciones de Bonferroni evidenció que las personas clasificadas en un nivel socio-económico alto ($M = 29,57$, $ES = 0,44$) obtuvieron ($p < 0,05$) mayores puntuaciones que las personas de nivel bajo ($M = 28,14$, $ES = 0,38$) y medio ($M = 27,60$, $ES = 0,33$) en la escala de Satisfacción en la vida.

2.2. Dimensión afectiva del bienestar subjetivo.

Inicialmente se realizó un MANOVA de una vía usando como variables dependientes las cuatro mediciones del afecto positivo y negativo (dimensión afectiva) y la variable sexo como independiente. La prueba de Box mostró que se cumple el supuesto de igualdad de las matrices de covarianzas ($Box M = 13,29$, $F_{(10,11)} = 1,32$, $p = 0,213$).

A nivel de efectos principales se encontraron diferencias significativas (Trazo de Pillai $V = 0,02$, $F_{(4,60)} = 2,44$, $p = 0,045$). Estas diferencias fueron solamente para las variables de afecto negativo, tanto de última semana ($F_{(1,60)} = 4,16$, $p = 0,042$, $\eta_p^2 = 0,010$) como generalmente ($F_{(1,60)} = 9,38$, $p = 0,002$, $\eta_p^2 = 0,020$). No se encontraron diferencias en las mediciones de afecto positivo. Se realizó un análisis post-hoc con correcciones Bonferroni, se encontró que las mujeres presentaban mayor afecto negativo en la última semana ($M = 1,84$, $ES = 0,04$) y generalmente ($M = 1,90$, $ES = 0,04$) que los hombres (última semana $M = 1,72$, $ES = 0,04$, generalmente $M = 1,73$, $ES = 0,04$).

La variable edad también fue analizada por medio de MANOVA de una vía, no se encontraron diferencias significativas en las cuatro mediciones del afecto respecto a la edad (Trazo de Pillai $V = 0,01$, $F_{(8,11)} = 1,00$, $p = n.s.$). Posteriormente, se realizó el mismo análisis,

pero para la variable de nivel socio-económico. Se encontraron diferencias significativas en las matrices de las covarianzas (Box M = 84,31, $F_{(20,88)} = 4,17$, $p = 0,001$).

El MANOVA de una vía reveló un efecto principal multivariado significativo para el nivel socio-económico (λ de Wilks = ,96, $F_{(8,11)} = 2,71$, $p = 0,006$, $\eta_p^2 = 0,023$). Debido a la significancia del efecto principal, se exploraron los efectos univariados, en donde se encontró que las diferencias se encontraban en las variables de afecto positivo tanto de última semana ($F_{(2,60)} = 5,12$, $p = 0,006$, $\eta_p^2 = 0,017$) como generalmente ($F_{(2,60)} = 4,49$, $p = 0,012$, $\eta_p^2 = 0,013$) y únicamente en medición del afecto negativo generalmente ($F_{(2,60)} = 3,79$, $p = 0,023$, $\eta_p^2 = 0,015$).

En cuanto al afecto positivo de última semana, solo se encontraron diferencias ($p = 0,005$) entre el nivel socio-económico bajo ($M = 3,88$, $ES = 0,04$) y el medio ($M = 3,66$, $ES = 0,05$) lo que indicó que las personas de un nivel socio-económico bajo reportaron mayor afecto positivo en la última semana que los del nivel medio. Para el afecto positivo generalmente, las diferencias se encontraron igualmente entre el nivel bajo y medio, en donde los participantes de un nivel socioeconómico bajo ($M = 4,49$, $ES = 0,04$) obtuvieron mayores puntuaciones en afecto positivo generalmente que los de nivel medio ($M = 4,28$, $ES = 0,05$). No se encontraron diferencias con el nivel socio-económico alto.

Las comparaciones pareadas mostraron que para el afecto negativo generalmente las diferencias ($p = 0,024$) se encontraron entre los participantes de nivel socioeconómico medio y alto. En el nivel socioeconómico medio ($M = 1,90$, $ES = 0,05$) se identificó mayores niveles de afecto negativo generalmente que en el nivel alto ($M = 1,70$, $ES = 0,05$).

2.3. Resultados Multivariados: Bienestar Psicológico, sexo y edad.

Se realizó un MANOVA de una vía usando como variables dependientes las seis dimensiones del bienestar psicológico y como variable independiente el sexo. La prueba de Box mostró que se cumple el supuesto de igualdad de las matrices de covarianzas (Box M = 31,18, $F_{(21,78)} = 1,46$, $p = 0,077$). No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres según el análisis (Trazo de Pillai V = 0,005, $F_{(6,57)} = 0,44$, $p = n.s.$).

Para explorar diferencias entre los tres grupos de edad (57 a 69 años, 70 a 79 años y 80 años en adelante) se utilizó igualmente un MANOVA de una vía. Se identificó igualdad en la matriz de las covarianzas (Box M = 39,13, $F_{(42,15)} = 0,91$, $p = 0,635$).

El análisis mostró que existe un efecto principal significativo para la edad (λ de Wilks = ,96, $F_{(8,11)} = 1,94$, $p = 0,026$, $\eta_p^2 = 0,030$). Las diferencias se encontraron solamente en la dimensión de crecimiento personal ($F_{(2,58)} = 4,50$, $p = 0,011$, $\eta_p^2 = 0,015$), en donde únicamente el grupo de 57 a 69 años ($M = 20,19$ $ES = 0,44$) se encontró significativamente ($p = 0,009$) mayor en este dominio, que el grupo de 80 años en adelante ($M = 19,05$, $ES = 0,44$).

2.4. Resultados Multivariados: Afrontamiento, sexo y edad.

Inicialmente se analizó si existían diferencias en las estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres por medio de MANOVA de una vía. No se encontró igualdad en las matrices de las covarianzas (Box M = 133,95, $F_{(28,79)} = 4,71$, $p = 0,001$).

El MANOVA de una vía reveló un efecto principal multivariado significativo para sexo ($T = 0,14$, $F_{(7,57)} = 12,15$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,130$). Las diferencias se encontraron para la estrategia de afrontamiento evitación ($F_{(2,60)} = 24,19$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,040$), búsqueda de apoyo social ($F_{(2,60)} = 6,16$, $p = 0,013$, $\eta_p^2 = 0,010$) y religión ($F_{(1,58)} = 75,10$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,114$). Las mujeres se caracterizaron por usar la estrategia de evitación, búsqueda de apoyo social y religión en mayor medida que los hombres (ver Tabla 9).

Tabla 9. Medias estimadas estrategias de afrontamiento evitación, búsqueda de apoyo social y religión según sexo

Estrategia de afrontamiento	Mujer	Hombre	Sig
Evitación	$M = 16,41$ ($ES = 0,28$)	$M = 14,14$ ($ES = 0,36$)	$p < 0,001$
Búsqueda de apoyo social	$M = 14,62$ ($ES = 0,28$)	$M = 13,11$ ($ES = 0,47$)	$p = 0,013$
Religión	$M = 19,29$ ($ES = 0,38$)	$M = 14,94$ ($ES = 0,39$)	$p < 0,001$

Por otro último, se realizó un MANOVA de una vía para comparar los tres grupos de edad. Se cumplió con la igualdad en las matrices de las covarianzas (Box M = 55,70, $F_{(56,15)} = 0,97$, $p = 0,540$). Se encontró un efecto principal significativo ($V = 0,06$, $F_{(14,11)} = 2,53$, $p = 0,001$, $\eta_p^2 = 0,030$). Las diferencias se identificaron solo para la estrategia de afrontamiento de auto-focalización negativa ($F_{(2,27)} = 11,41$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,038$). Las diferencias se encontraron para los participantes entre los 57 a 69 años ($M = 10,05$, $ES = 0,28$) y los 70 a 79 años ($M = 11,71$, $ES = 0,34$).

3. Modelos de medida: Análisis Factorial Confirmatorio.

Como se plantea en el objetivo general, esta investigación busca desarrollar un modelo de ecuaciones estructurales de los determinantes psicosociales de las dimensiones afectivas y cognoscitivas del bienestar subjetivo en personas mayores colombianas. Para llevar a cabo el análisis de ecuaciones estructurales, es fundamental evaluar los modelos de medida de las variables latentes exógenas que se incluirán en el modelo. Adicionalmente uno de los objetivos específicos del presente trabajo es contar con un análisis factorial confirmatorio para poder evaluar la validez de constructo de las escalas utilizadas.

El ajuste del modelo se evaluó a través de χ^2 e índices de aproximación. Debido a que el χ^2 es una medida conservadora, es poco probable que los modelos de ecuaciones estructurales en ciencias sociales logren un modelo con un buen ajuste definido por este estadístico, por lo que se analizaron adicionalmente índices de aproximación (Byrne, 2012). Se tuvieron en cuenta como índices de ajuste incremental el '*comparative fit index*' ($CFI \geq 0,90$) y el '*Root Mean Square Error of Aproximation*' ($RMSEA \leq 0,70$), este último es altamente recomendado por su sensibilidad en la identificación de una pobre especificación del modelo y porque permite establecer intervalos de confianza (Byrne, 2012; Hu y Bentler, 1998). Se realizaron modificaciones a los modelos de medición a través del análisis de las cargas y residuales estandarizados.

3.1. Bienestar Subjetivo.

Inicialmente se evaluó la validez de constructo de los instrumentos que evaluaron el bienestar subjetivo, el cual se evaluó a través de dos escalas, el componente cognoscitivo valorativo que es la satisfacción vital se midió con la escala de satisfacción con la vida de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985). El componente afectivo se evaluó con la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) de Watson, Clark y Tellegen (1988).

Para la Escala de Satisfacción con la Vida se propuso un modelo de primer orden y un solo factor, la escala PANAS tanto para rasgo como estado se evaluó un modelo de primer orden compuesto por dos factores, uno por el afecto negativo y otro el afecto positivo. Como

se observa en la tabla 10 los valores de χ^2 fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$) en los dos modelos. La escala de satisfacción con la vida mostró un ajuste adecuado tanto en el índice CFI como RMSEA, las cargas factoriales de esta escala se muestran en la Tabla 12. El PANAS de rasgo no logra un buen índice de ajuste comparativo (CFI) pero si para RMSEA. El PANAS de estado obtiene en ambos índices un ajuste pobre.

Tabla 10. Análisis factorial confirmatorio para escala de Satisfacción con la Vida y PANAS modelos originales.

Constructo Latente	χ^2	gl	CFI	RMSEA	RMSEA IC 90%
Satisfacción con la vida	11,43*	5	0,99	0,04	0,007 – 0,08
PANAS Rasgo	628,09**	169	0,84	0,06	0,06 - 0,07
PANAS Estado	777,02**	169	0,79	0,07	0,07 – 0,08

Nota. * $p < 0,050$, ** $p < 0,001$.

Debido a que el PANAS tanto de rasgo como de estado obtuvieron un ajuste bajo, se analizaron los índices de modificación con el fin de mejorar los modelos, así como las cargas y residuales estandarizados. Para el PANAS de rasgo se incluyeron tres covarianzas entre los errores de los ítems y mejoró sustancialmente el ajuste del instrumento (ver Tabla 11), en la tabla 12 se presentan las cargas factoriales del modelo modificado. Respecto al PANAS de estado, al incluir covarianzas entre los ítems en el PANAS de estado los índices no logran un ajuste adecuado, este último no será incluido en el modelo porque no obtuvo los índices esperados.

Tabla 11. Índices exactos y de aproximación para la validez de constructo para el modelo de medida original y el modificado del PANAS.

Escala	Modelo	χ^2	gl	$\Delta\chi^2$	Δgl	CFI	RMSEA	RMSEA IC 90%
PANAS Rasgo	Original	628,09**	169	140,18**	3	0,84	0,06	0,06 - 0,07
	Modificado	487,91	166			0,90	0,05	0,05 – 0,06
PANAS Estado	Original	777,02**	169	43,16**	3	0,79	0,07	0,07 – 0,08
	Modificado	733,86**	166			0,81	0,07	0,069 – 0,08

Nota. ** $p < 0,001$.

En la tabla 12 se puede observar que se obtuvieron altas cargas factoriales y significativas para todos los ítems de la escala de Satisfacción con la Vida. Adicionalmente, se presentan las cargas factoriales estandarizadas para el modelo modificado de la escala PANAS Rasgo, las cuales fueron significativas y en su mayoría mayores a 0,40. La carga factorial del ítem “orgulloso” fue la más baja (0,35) aunque se encuentra dentro de los parámetros esperados para una carga factorial según Field (2013).

Tabla 12. Cargas factoriales estandarizadas STDYX para las escalas de Satisfacción con la vida y del modelo modificado de la escala PANAS rasgo.

Escala	Ítems	Carga factorial	E.S
Satisfacción vida	En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.	0,67**	0,03
	Las condiciones de vida son excelentes.	0,71**	0,02
	Estoy satisfecho con mi vida.	0,87**	0,02
	Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.	0,76**	0,02
	Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.	0,52**	0,03
PANAS	Ítems	Carga factorial	E.S
Afecto Positivo	Motivado	0,59**	0,03
	Emocionado	0,45**	0,04
	Firme	0,60**	0,03
	Entusiasmado	0,60**	0,03
	Orgullosa	0,35**	0,04
	Alerta	0,42**	0,04
	Inspirado	0,57**	0,03
	Decidido	0,65**	0,03
	Atento	0,54**	0,03
	Activo	0,57**	0,03
Afecto Negativo	Molesto	0,56**	0,03
	De malas	0,50**	0,04
	Culpable	0,51**	0,04
	Temeroso	0,63**	0,03
	Agresivo	0,36**	0,04
	Irritable	0,54**	0,03
	Avergonzado	0,60**	0,03
	Irritable	0,68**	0,03
	Inquieto	0,47**	0,04
	Inseguro	0,60**	0,03

Nota. ** $p < 0,001$.

3.2. Bienestar psicológico.

El bienestar psicológico se evaluó a través de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), que evalúa las seis dimensiones del bienestar psicológico: (a) auto-aceptación, (b) dominio del ambiente, (c) autonomía, (d) relaciones positivas con otros, (e) crecimiento personal; y (f) propósito en la vida. Como lo han realizado por Ryff y Keyes (1995) y Meléndez, Mayordomo, Sancho y Tomás (2012), se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio de primer y segundo orden para identificar cual es el modelo que mejor se ajusta a los datos.

Como se observa en la tabla 13, tanto el modelo de seis factores de primer y segundo orden presentaron un mal ajuste a los datos. Debido a que el χ^2 del modelo de primer orden fue relativamente menor se llevaron a cabo algunas modificaciones al modelo incluyendo covarianzas entre los ítems. Sin embargo, no mejoró el ajuste, al revisar las cargas factoriales se identificó que los factores de autonomía y relaciones positivas con otros presentaban cargas

bajas, por esto estas dos dimensiones fueron excluidas del modelo. Al evaluar el modelo de cuatro factores se lograron unos adecuados índices de ajuste (ver Tabla 14).

Tabla 13. Índices exactos y de aproximación para la validez de constructo de Bienestar Psicológico

Bienestar Psicológico	χ^2	gl	CFI	RMSEA	RMSEA IC 90%
Seis factores primer orden	1495,75*	362	0,73	0,07	0,06 – 0,08
Seis factores segundo orden	1643,28**	371	0,70	0,08	0,075 - 0,08

Nota. * $p < 0,050$, ** $p < 0,001$.

Se realizó el análisis del modelo de primer orden con cuatro factores: dominio del entorno, auto-aceptación, propósito en la vida y crecimiento personal. Como se observa en la Tabla 14, el modelo de cuatro factores si logra un ajuste adecuado a los datos.

Tabla 14. Índices de ajuste escala Bienestar Psicológico modelo de medida original y modificado.

Modelo	χ^2	gl	$\Delta\chi^2$	Δgl	CFI	RMSEA	RMSEA IC 90%
Original seis factores	1495,75*	362		233	0,73	0,07	0,06 -0,08
Modificado cuatro factores	345,87**	129	1149,87*		0,92	0,05	0,04 – 0,06

Nota. * $p < 0,050$, ** $p < 0,001$.

Se encontraron cargas factoriales altas y significativas para la mayoría de los ítems en las cuatro dimensiones (ver Tabla 15). Sin embargo, para el factor de dominio del entorno, tres de los cinco ítems obtuvieron cargas factoriales relativamente bajas (menores o iguales a 0,20) estos ítems fueron: “Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga”, “Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen” y “Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla”. En el factor de crecimiento personal el ítem “Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona” también obtuvo una carga factorial baja. Es de resaltar que estos ítems que obtuvieron cargas factoriales menores a 0,20, aunque fueron significativos, tienen en común que están formulados de manera negativa. Se encontró una asociación alta y directamente proporcional entre las cuatro dimensiones.

Tabla 15. Cargas factoriales estandarizadas STDYX para la Escala de Bienestar Psicológico con cuatro dimensiones

Factores	Ítems	Carga Factorial	E.S.
Auto-aceptación	1	0,50**	0,04
	7	0,67**	0,03
	17	0,61**	0,03
	24	0,71**	0,03
Dominio del ambiente	5	0,26*	0,04
	10	0,57**	0,04

	14	0,50**	0,04
	19	0,24*	0,04
	29	0,13*	0,05
Crecimiento personal	21	0,62**	0,03
	26	0,16*	0,05
	27	0,60**	0,04
	28	0,63**	0,03
Propósito en la vida	6	0,43**	0,04
	11	0,65**	0,03
	15	0,65**	0,03
	16	0,65**	0,03
	20	0,58**	0,03

Nota. * $p < 0,050$, ** $p < 0,001$.

3.3. Afrontamiento: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés – CAE.

Se evaluó un modelo de primer orden compuesto por siete factores, que se refieren a estrategias de afrontamiento, estas son: (a) focalizado en problema, (b) auto-focalización negativa, (c) re-evaluación positiva, (d) expresión emocional, (e) evitación, (f) búsqueda de apoyo social; y, (g) religión, y un modelo de segundo orden con dos factores adicionales uno que factor corresponde al afrontamiento centrado en el problema (búsqueda de apoyo social, focalizado en el problema y re-evaluación positiva) y otro en la emoción (expresión emocional abierta, religión, evitación y auto-focalización negativa), tal como lo proponen y realizaron los autores Sandín y Chorot (2003). El análisis factorial confirmatorio mostraron un ajuste pobre para los dos modelos (ver Tabla 16). Debido a que el modelo de primer orden tiene mejores índices de ajuste, se decidió continuar con el análisis de este modelo.

Tabla 16. Índices exactos y de aproximación para la validez de constructo de CAE.

Escala	χ^2	df	CFI	RMSEA	RMSEA IC 90%
CAE modelo primer orden	1997**	798	0,84	0,05	0,04 - 0,05
CAE modelo segundo orden	8166**	866	0,80	0,05	0,05 - 0,04

Nota. * $p < 0,050$, ** $p < 0,001$.

Con base en los índices de modificación propuestos para el modelo de primer orden, se incluyeron cuatro covarianzas entre residuales, sin embargo, los índices no mejoraron. Por lo tanto, se tomó la decisión de eliminar cuatro ítems, que según los índices de modificación se cargaban en varios factores y además tenían cargas factoriales menores a 0.20. Se eliminaron dos ítems del factor reevaluación positiva, el ítem: “*comprendí que otras cosas,*

diferentes del problema, eran para mí más importantes” también se cargaba en los factores de expresión emocional y evitación. El otro ítem que se eliminó de este factor, fue: “experimenté personalmente eso de que no hay mal que por bien no venga”, el que se cargaba en casi todas las dimensiones (focalización hacia el problema, autofocalización negativa, religión y expresión emocional) adicional a la que pertenece. Se eliminó un ítem del factor expresión emocional: “luché y me desahogué expresando mis sentimientos”, según los índices de modificación tenía una alta relación con los factores de focalización hacia el problema, auto-focalización negativa, re-evaluación positiva y búsqueda de apoyo social. Por último, se eliminó el ítem “comprendí que yo fui el principal causante del problema” del factor Autofocalización negativa, que también presentaba altas correlaciones con focalización hacia el problema. Al eliminar estos ítems, se obtuvo un ajuste adecuado para la muestra (ver Tabla 17).

Tabla 17. Índices modelo de medida original y modificados CAE.

Modelos	χ^2	gl	$\Delta\chi^2$	Δgl	CFI	RMSEA	RMSEA IC 90%
Original	1997**	798			0,83	0,04	0,04 - 0,05
Modificado 1 covarianzas	1884,21**	795	153**	3	0,85	0,04	0,045 - 0,05
Modificado final (Sin 4 ítems)	1314,72**	640	113**	3	0,90	0,04	0,04 - 0,05

Nota. * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$.

En la Tabla 18 se presentan las cargas factoriales del modelo final modificado. Se puede observar que los ítems correspondientes a cada uno de los siete factores obtuvieron cargas factoriales moderadas a altas y todas fueron significativas.

Tabla 18. Cargas factoriales estandarizadas STDYX para el Cuestionario de Afrontamiento CAE modelo modificado.

Factores	Ítems	Carga factorial	E.S
Focalización hacia el problema	CAE1	0,47**	0,04
	CAE8	0,54**	0,04
	CAE15	0,62**	0,03
	CAE22	0,40**	0,04
	CAE29	0,64**	0,03
	CAE36	0,66**	0,03
Autofocalización negativa	CAE2	0,58**	0,04
	CAE9	0,60**	0,04
	CAE23	0,60**	0,04
	CAE30	0,37**	0,05
	CAE37	0,31**	0,05
Reevaluación positiva	CAE3	0,57**	0,04
	CAE10	0,60**	0,04

	CAE17	0,29**	0,05
	CAE38	0,29**	0,05
Expresión emocional	CAE4	0,60**	0,03
	CAE11	0,73**	0,03
	CAE18	0,63**	0,03
	CAE25	0,68**	0,03
	CAE32	0,57**	0,03
	Evitación	CAE5	0,65**
CAE12		0,60**	0,04
CAE19		0,52**	0,04
CAE26		0,52**	0,04
CAE33		0,32**	0,05
CAE40		0,55**	0,04
Búsqueda de apoyo social	CAE6	0,63**	0,03
	CAE13	0,73**	0,02
	CAE20	0,81**	0,02
	CAE27	0,77**	0,02
	CAE34	0,79**	0,02
	CAE41	0,75**	0,02
Religión	CAE7	0,80**	0,02
	CAE14	0,53**	0,03
	CAE21	0,80**	0,02
	CAE28	0,60**	0,03
	CAE35	0,72**	0,02
	CAE42	0,75**	0,02

Nota. ** $p < 0,001$.

3.4. Resiliencia: Escala Breve de Resiliencia (Brief Resilience Scale - BRCS).

Se evaluó la estructura factorial de esta escala a través de un análisis factorial confirmatorio. El modelo propuesto fue de un solo factor compuesto por cuatro ítems. Los resultados mostraron un ajuste adecuado para el índice de ajuste comparativo (CFI), pero bajo ajuste según el RMSEA. Al revisar los índices de modificación, se incluyó una covarianza entre los errores de dos ítems, lo que mejoró significativamente el modelo (ver Tabla 19).

Tabla 19. Índices de ajuste BRCS para el modelo de medida original y el modificado.

Modelo	χ^2	gl	$\Delta\chi^2$	Δgl	CFI	RMSEA	RMSEA IC 90%
Original	15,79**	2		1	0,94	0,10	0,06 – 0,15
Modificado	4,14*	1	11,65**		0,98	0,07	0,11 – 0,14

Nota. * $p < 0,050$, ** $p < 0,001$

En la Tabla 20 se presentan las cargas factoriales para el modelo modificado de la Escala Breve de Resiliencia, como se puede observar todas fueron significativas y altas.

Tabla 20. Cargas factoriales estandarizadas STDYX para Escala Breve de Resiliencia - modelo modificado

Ítems	Carga factorial	E.S
Busco formas creativas de enfrentarme a las situaciones difíciles	0,44**	0,05
No importa lo que me ocurra, confío en que puedo controlar mi reacción	0,41**	0,05
Creo que puedo aprender cosas positivas cuando afronto situaciones difíciles	0,64**	0,05
Busco de forma activa la forma de reemplazar las pérdidas que encuentro en la vida	0,53**	0,05

3.5. Análisis factorial confirmatorio del Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI).

Se aplicó la versión que cuenta con 60 reactivos y está orientada a evaluar los cinco grandes factores de personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad. Se realizó un análisis factorial confirmatorio para datos ordinales a través de M-plus 7, se aplicó el método de estimación ‘*weighted least squares means and variance adjusted*’ (WLSMV).

Como se observa en la Tabla 21 el NEO-FFI obtuvo un ajuste pobre en el modelo original. Se evaluó un modelo modificado el cual consistió en incluir cinco covarianzas entre los errores de los ítems, sin embargo, el ajuste no mejoró. Al revisar las cargas factoriales se encontró que el ítem “*A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas*” del dominio apertura a la experiencia no fue significativo y que el ítem “*Rara vez experimento emociones fuertes*” del mismo dominio después de ser reversado obtuvo una carga factorial baja y negativa (-.19). Adicionalmente, se encontraron cargas factoriales menores a 0,20 en todos los dominios, es de resaltar que esto se presentó en los ítems que son formulados de manera negativa, a pesar de haber sido incluidos en el análisis como reversados. Estos resultados pueden ser indicativos de que la población presentó dificultades en la comprensión de ítems formulados de manera negativa. No se realizaron cambios adicionales al modelo de medida porque según los índices de modificación para poder mejorar el ajuste del modelo se requerían cambios que modificarían sustancialmente la estructura factorial del inventario, por lo tanto, no se llevaron a cabo.

Tabla 21. Índices de ajuste NEO modelo de primer orden.

NEO - FFI	$\chi^2 (gl)$	CFI	RMSEA	RMSEA IC 90%
Original	9064,89 (1700)**	0,54	0,08	0,082-0,086
Modificado	8451,94 (1695)**	0,58	0,08	0,079-0,08

Nota. ** $p < 0,001$.

Para identificar el ajuste de cada uno de los dominios y los posibles problemas psicométricos, se realizó un análisis factorial confirmatorio para cada dimensión por separado.

Como se observa en la Tabla 22 los cinco factores obtuvieron bajos índices de ajuste en los modelos originales. A todos los modelos de medición se les incluyeron covarianzas entre los errores de los ítems para mejorar el ajuste. Los factores de neuroticismo, extraversión y responsabilidad lograron un ajuste adecuado según el CFI. Sin embargo, los cambios en el índice de RMSEA los factores de extraversión y responsabilidad no fueron satisfactorios, lo que indica que el modelo tiene un ajuste mediocre. Los factores de apertura a la experiencia y amabilidad obtuvieron pobres índices de ajuste tanto para los modelos originales como modificados. Debido a estos resultados, se tomó la decisión de no incluir esta escala en el modelo de ecuaciones estructurales que se presenta en el siguiente punto.

Tabla 22. Índices de ajuste NEO por cada factor.

Factores	$\chi^2_{(gl)}$	CFI	RMSEA	RMSEA IC 90%
<i>Neuroticismo</i>				
Original	448,34 _{(54)**}	0,84	0,10	0,10-0,11
Modificado	192,80 _{(50)**}	0,94	0,06	0,058-0,079
<i>Extraversión</i>				
Original	529,58 _{(51)*}	,82	,12	,11 - ,12
Modificado	320,29 _{(51)*}	,90	,09	,08 - ,10
<i>Apertura a la experiencia</i>				
Original	998,83 _{(54)**}	0,55	0,16	0,16-0,17
Modificado	347,244 _{(50)**}	0,86	0,09	0,08-0,10
<i>Amabilidad</i>				
Original	772,57 _{(54)**}	0,60	0,14	0,13-0,15
Modificado	522,68 _{(51)**}	0,74	0,12	0,11-0,13
<i>Responsabilidad</i>				
Original	529,58 _{(51)*}	,82	,12	,11 - ,12
Modificado	320,29 _{(51)*}	,90	,09	,08 - ,10

Nota. ** $p < 0,001$, * $p < 0,050$.

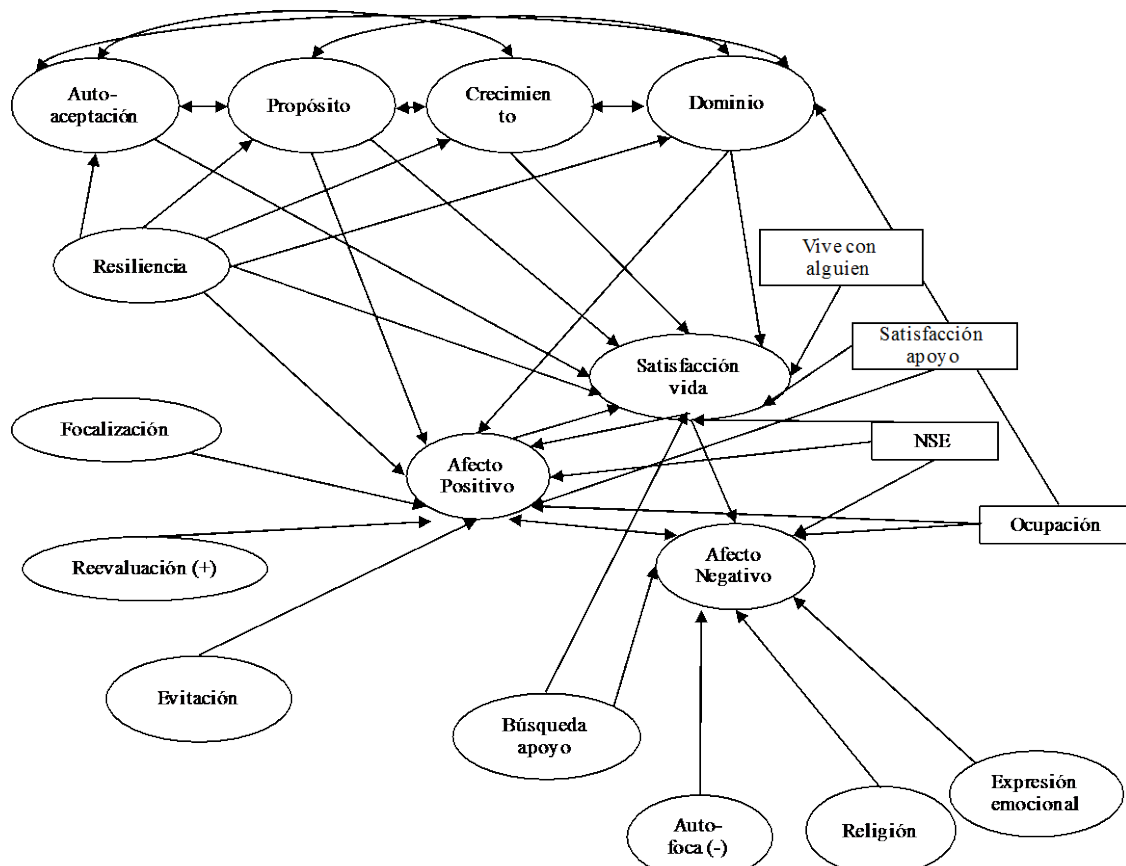
4. Modelo de Ecuaciones Estructurales: Bienestar subjetivo en la vejez.

Se realizó un modelo de ecuaciones estructurales a través del método de estimación 'Maximum Likelihood', el análisis de datos se realizó en el programa Mplus 7. El modelo estructural que se planteó como hipótesis, propone que los tres componentes del bienestar (satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo) se relacionan entre sí y cada uno de ellos tiene variables que los predicen. Como lo recomienda Byrne (2012) cuando los modelos estructurales involucran relaciones entre variables latentes es necesario primero evaluar la validez de constructo a través de un análisis factorial confirmatorio de los

instrumentos. Por esta razón y como se presentó anteriormente, primero se realizó el análisis factorial de las escalas y cuestionarios, en el modelo estructural se incluyeron los modelos de medida que obtuvieron un ajuste adecuado, estas escalas fueron: (a) satisfacción con la vida, (b) afecto positivo y negativo de rasgo (PANAS rasgo), (c) afrontamiento medido con el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés, (d) Resiliencia medido con la escala *Brief Resilient Coping Scale*; (e) bienestar psicológico medido con la Escala de Bienestar de Ryff. Las variables de nivel socioeconómico, vive con alguien y ocupación actual, fueron incluidos como indicadores y no como variables latentes. La naturaleza del cuestionario que evalúa satisfacción con el apoyo no permite realizar un análisis factorial confirmatorio, por lo tanto, fue incluida como un indicador en el modelo estructural.

En la figura 23 se presenta el modelo que se tuvo como hipótesis inicial, el cual plantea los determinantes de bienestar en la vejez con una muestra de personas mayores colombianas.

Figura 23. Modelo inicial de determinantes de bienestar subjetivo en la vejez.



En cuanto a la satisfacción con la vida, se planteó que esta estaba predicha por cuatro dimensiones del bienestar psicológico (auto-aceptación, propósito en la vida, crecimiento personal y dominio del entorno), la resiliencia, la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, adicionalmente a la satisfacción con el apoyo, el vivir con alguien, el nivel socioeconómico y tener una ocupación. La dimensión de afecto positivo se propuso estar determinada por el NSE, satisfacción con el apoyo social algunas estrategias de afrontamiento (focalización en el problema, reevaluación positiva y evitación), resiliencia, las dimensiones del bienestar psicológico de dominio del entorno y propósito en la vida. Por último, el afecto negativo en el modelo inicial se planteó estar explicado por estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo, autofocalización negativa, religión y expresión emocional, así como del NSE y el no tener alguna ocupación actual.

4.1. Estimación del Modelo estructural.

Después de realizar la estimación de los modelos de medida a través del análisis factorial confirmatorio, se estimó el ajuste del modelo estructural se muestra en la figura 23. Al poner a prueba este modelo inicial, se encontró que no se ajustaba adecuadamente a los datos según los índices de ajuste comparativo e incremental, solo se obtuvo un buen ajuste con para el RMSEA (ver Tabla 23). Por esta razón, se revisaron los índices de modificación y significancia de los parámetros para realizar modificaciones al modelo.

Tabla 23. Índices de ajuste del modelo inicial.

Modelo	χ^2	gl	CFI	RMSEA	RMSEA IC 90%
Inicial	1676,92**	690	0,83	0,05	0,046 - 0,052

Nota. ** $p < 0,001$

Con base en las recomendaciones de Byrne (2012) quien afirma que los modelos de ecuaciones estructurales deben buscar la parsimonia y todos los parámetros en los modelos deben ser significativos, se eliminaron variables que no obtuvieron parámetros significativos y se simplificó el modelo. Por esto, fueron sacadas del modelo las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, evitación y reevaluación positiva, así como el indicador de fuente de ingresos y ocupación debido a que a que no se asociaron significativamente con los constructos latentes de bienestar. Adicionalmente, se eliminó la

relación entre afecto positivo con NSE, dominio del entorno y satisfacción con el apoyo social; así como de la resiliencia con la satisfacción vital.

El segundo modelo propuesto fue consistente con la hipótesis inicial. Este segundo modelo evaluó que la satisfacción con la vida tiene una relación con el afecto positivo, así como con las dimensiones de auto-aceptación, dominio del entorno y propósito en la vida del bienestar psicológico, la satisfacción con el apoyo social, el vivir con alguien y el nivel socioeconómico. Respecto al componente afectivo, se utilizó como variable latente la medición del afecto positivo y negativo de rasgo o generalmente. El afecto positivo se planteó relacionado con la resiliencia, las dimensiones de propósito en la vida, crecimiento personal del bienestar psicológico y la estrategia de afrontamiento de focalización positiva, así como con la satisfacción con el apoyo social y el nivel socioeconómico. Para el afecto negativo se estimó una relación con la satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento de expresión emocional, autofocalización negativa y religión, así como con la satisfacción con el apoyo social y el nivel socioeconómico. Adicionalmente, se planteó una relación entre la resiliencia y las dimensiones del bienestar psicológico de auto-aceptación, propósito en la vida, crecimiento personal y dominio del entorno. Se estableció una relación entre las cuatro dimensiones del bienestar psicológico mencionadas.

Los resultados obtenidos de este segundo modelo fueron satisfactorios para el índice de RMSEA pero no para CFI (ver Tabla 24). Como lo recomienda Byrne (2012) al realizar modelos de ecuaciones estructurales el investigador debe tener un criterio para determinar hasta qué punto parar las modificaciones del modelo para buscar un buen ajuste y además deben tener un sentido teórico.

Tabla 24. Índices de ajuste para los modelos estructurales.

Modelo	χ^2	gl	$\Delta\chi^2$	Δgl	CFI	RMSEA	RMSEA IC 90%
Inicial	1676,92**	690	-	-	0,83	0,05	0,046 - 0,052
Modificado	1336,94**	580	339,98**	110	0,87	0,04	0,04 - 0,05
Final	1165,59**	576	171,35**	4	0,90	0,04	0,03 - 04

Nota. ** $p < 0,001$

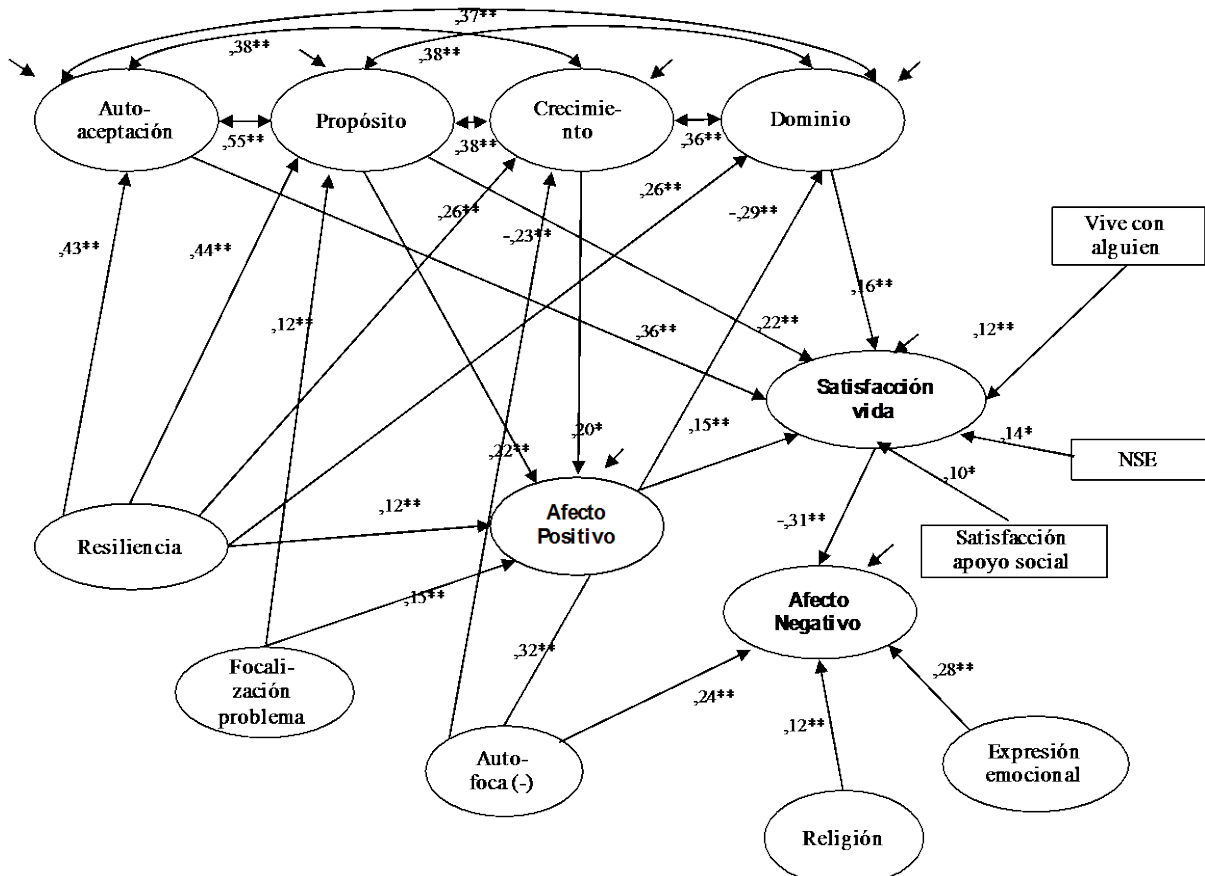
Ahora bien, se revisaron los índices de modificación y se incluyeron nuevas relaciones entre variables, que tenían un sentido teórico. Al realizar estas modificaciones el modelo logró un ajuste adecuado. Como se observa en la tabla 24 el modelo final muestra un modelo que se ajusta mejor a los datos, con base en los valores críticos de χ^2 el modelo final mostró un χ^2 significativamente menor.

En el modelo resultante se eliminó la asociación entre afecto positivo y negativo con la satisfacción con el apoyo. Para mejorar el modelo, se tuvieron en cuenta las recomendaciones de incluir una predicción de la estrategia de afrontamiento de auto-focalización negativa con las dimensiones de crecimiento personal y dominio del entorno, las cuales se esperaban fueran negativas, así como una relación que se espera directamente proporcional entre la estrategia de focalización hacia el problema y propósito en la vida.

Como se observa en la figura 24, el modelo final muestra que la dimensión cognoscitiva del bienestar psicológico de satisfacción con la vida tiene una relación positiva y significativa con el afecto positivo de rasgo, las dimensiones de auto-aceptación, dominio del entorno y propósito en la vida del bienestar psicológico y la satisfacción con el apoyo social. Los resultados mostraron que a mayor nivel socio-económico y el vivir con alguien se asociaba con mayor satisfacción en la vida.

El afecto positivo obtuvo una asociación directamente proporcional con la resiliencia, las dimensiones de propósito en la vida y crecimiento personal del bienestar psicológico y la estrategia de afrontamiento de focalización hacia el problema. El afecto negativo obtuvo una relación inversamente proporcional con la satisfacción vital y directamente proporcional con las estrategias de afrontamiento de expresión emocional, autofocalización negativa y religión. La resiliencia predijo significativamente y de manera positiva la auto-aceptación, propósito en la vida, crecimiento personal y dominio del entorno. Las correlaciones entre las cuatro dimensiones del bienestar psicológico también fueron positivas y significativas. Los resultados mostraron una predicción inversamente proporcional de la estrategia de afrontamiento de autofocalización negativa y el crecimiento personal y el dominio del entorno, mientras que la asociación entre la estrategia de focalización hacia el problema y propósito en la vida fue directamente proporcional (ver Figura 24).

Figura 24. Modelo final de predictores del bienestar subjetivo.



Capítulo 7
Discusión

El envejecimiento de la población es un fenómeno inevitable que se presenta en todas las regiones del mundo, Latinoamérica y Colombia no son ajenas a este. Colombia es considerado un país joven que está en plena transición demográfica, razón por la cual se encuentra ante una oportunidad de planear y trabajar por la vejez. Es por esto, que este trabajo al contribuir a generar información y mayor conocimiento sobre la población mayor en Colombia se hace imprescindible. Este trabajo considera que el estudio del envejecimiento y la vejez debe darse desde una mirada socio-cultural que tenga en cuenta el contexto histórico de las personas mayores, tal y como lo plantean Dulcey-Ruiz (2015) y Huenchan (2011).

Como se ha esbozado a lo largo de este trabajo, el estudio del bienestar ha orientado la formulación y evaluación de políticas públicas, intervenciones y programas, sin embargo, no hay un amplio desarrollo de investigación en todas las poblaciones ni contextos, a pesar de que es ampliamente conocido que los factores que contribuyen al bienestar pueden diferenciarse entre culturas y países (Triandis, 2000). Es por esto que el establecimiento de criterios sobre qué genera bienestar, deben ser basados en el contexto social de la población (Teo, 2009). De modo que desarrollar modelos sobre los determinantes de bienestar en la vejez en un contexto social y cultural particular resulta relevante.

Esta investigación tuvo como fin estudiar el bienestar subjetivo en la vejez en una muestra colombiana y específicamente conocer cuáles son los factores que lo determinan. El estudio plantea que el bienestar subjetivo en la población estudiada, está determinado por variables socio-demográficas y psicológicas y para esto se realizó un modelo de ecuaciones estructurales. Adicionalmente, se aplicaron análisis univariados y multivariados sobre las variables psicológicas en función de las demográficas y se analizó la validez de constructo de las escalas a través de un análisis factorial confirmatorio. A continuación, se discutirán los hallazgos con base en los objetivos e hipótesis planteadas y a la luz de la teoría.

1. Conclusiones análisis de correlaciones.

El primer objetivo planteaba explorar a través de un análisis de correlación bivariada las posibles asociaciones entre las dimensiones del bienestar subjetivo y las variables psicológicas de resiliencia, apoyo social, bienestar psicológico y afrontamiento. Este análisis se realizó de manera preliminar para explorar las posibles relaciones entre las variables. Los resultados mostraron que la resiliencia, el bienestar psicológico, el afrontamiento y el apoyo social tienen una asociación significativa y positiva con el bienestar subjetivo de las personas mayores de la muestra, estas asociaciones también han sido reportado otros investigadores (e.j. Beutelet al., 2009; Levasseur y Couture, 2015; Tomas et al., 2012; Windle y Woods, 2004).

Ahora bien, el bienestar psicológico (BP) se asoció con el BS, aunque no con la misma fuerza las seis dimensiones. Se encontró que la auto-aceptación, dominio del ambiente y propósito en la vida, fueron las dimensiones que obtuvieron mayores coeficientes de correlación con la satisfacción vital y el afecto positivo. En consonancia con nuestro estudio, Benight y Bandura (2004) también reportaron una asociación entre la auto-aceptación y el bienestar. Por el contrario, Ryff y Keyes (1995) reportan que la dimensión de relaciones con otros es la que se relaciona en mayor medida con el bienestar. Respecto al afrontamiento, en este análisis inicial se halló que las estrategias de afrontamiento que se correlacionaron con el BS fueron: focalizado hacia el problema y re-evaluación positiva, lo que concuerda con lo encontrado por Ong et al. (2009). En este análisis de correlaciones no se observó una asociación específica entre todas las estrategias de afrontamiento orientadas al problema y las dimensiones del bienestar como se proyectó en las hipótesis. Mientras que si se encontró una asociación directamente proporcional con las estrategias de afrontamiento de tipo orientado a la emoción y el afecto negativo.

Como se planteó en las hipótesis, se encontraron correlaciones positivas entre la satisfacción con el apoyo social, las fuentes de apoyo familiar y extra-familiar y la dimensión tanto cognoscitiva como afectiva del BS. Similar a lo encontrado por Bisconti y Bergeman (1999), la satisfacción con el apoyo se relacionó con el BS, sin embargo, para esta muestra los coeficientes encontrados evidenciaron una fuerza de relación baja.

2. Conclusiones análisis inferencial: univariado y multivariado.

El segundo objetivo planteaba estudiar si existen diferencias en las dimensiones del bienestar subjetivo (cognoscitiva y afectiva) en función de las variables sociodemográficas de sexo, edad y NSE. En relación con la variable sexo, los resultados mostraron que los hombres obtuvieron mayores puntuaciones que las mujeres en la satisfacción vital y menor afecto negativo. Estas diferencias han sido reportadas anteriormente, por ejemplo, Atienza et al. (2003) al evaluar la invarianza del modelo de medida de la satisfacción con la vida según sexo, encontraron diferencias en las puntuaciones, sugiriendo una mayor satisfacción vital en los hombres que las mujeres. De manera similar, Piquart y Sörensen, (2000) reportan un mayor BS en los hombres y aducen estas diferencias a que los hombres en la vejez tienen mayor probabilidad de tener pareja que las mujeres, lo que facilita contar con una fuente de apoyo, mientras que las mujeres tienen mayor probabilidad de enviudar, aunque afrontan de mejor manera las pérdidas que los hombres. Estos hallazgos se diferencian de lo observado por Cacioppo et al. (2008) en el estudio CHARS quienes refieren que no hubo una asociación entre satisfacción vital y el género, o Wood et al. (1989) quienes refieren que las mujeres tienen una mayor satisfacción con la vida que los hombres. Ahora bien, Dolan et al. (2008) en su artículo de revisión afirman que a pesar de que las diferencias de sexo han sido reportadas esta variable no es concluyente, ya que existen otras con mayor poder de explicación de la satisfacción vital.

Respecto a diferencias según edad, se formuló la hipótesis que las personas mayores de 80 años en adelante presentarán menores niveles de satisfacción con la vida que los del grupo de 57 a 69 años y de 70 a 79 años, como ha sido reportado por otros estudios (ej. Caccioppo et al., 2008; Chyi y Mao, 2012), sin embargo, no se encontraron diferencias en esta muestra para ninguna de las dimensiones del bienestar.

Por lo que se refiere al NSE, el estudio formuló como hipótesis que las personas en un NSE alto presentarán una mayor satisfacción con la vida que las personas del grupo de NSE medio y bajo, confirmándose la hipótesis. Los resultados concuerdan con la vasta evidencia existente acerca de cómo los países con mayores ingresos tienden a tener mayores niveles de bienestar que los de menor ingreso (Diener y Biswas-Diener, 2002; Diener y Oishi, 2000).

Los ingresos permiten acceder a mayores oportunidades y servicios, por ende promueven bienestar (Biswas-Diener, 2008; Diener y Biswas-Diener, 2002), así mismo las personas con mayores ingresos generalmente son habitantes de países que cuentan con una mayor estabilidad económica y política, así como igualdad social (Diener y Biswas-Diener, 2002; Diener y Oishi, 2000) factores que son generadores de bienestar. Aun así, los ingresos no son el único indicador de bienestar, de hecho, según autores como Howell y Howell (2008), Caccioppo et al. (2008) o Giarrizo (2009), el efecto de los ingresos depende de variables sociodemográficas y culturales. Por ejemplo, existe evidencia de que algunos países latinoamericanos tienden a tener altas puntuaciones en felicidad, esto se ha atribuido a características culturales relacionadas con la familia y la expresión de emociones de la cultura latinoamericana (Diener, 2012; Helliwell et al., 2016).

Debe tenerse en cuenta que la variable NSE involucra otros aspectos adicionales al ingreso para el caso de Colombia, teniéndose en cuenta las características habitacionales y sus alrededores. La literatura científica ha demostrado que un menor NSE amenaza el bienestar de los individuos, dado que aumenta las situaciones de riesgo y las emociones negativas (Gallo y Matthews 2003; Pinquart y Sörensen, 2000; Schöllgen et al., 2012). Las diferencias se han encontrado especialmente en el componente afectivo del bienestar, esencialmente porque se asocia a mayor estrés (Gallo, Matthews, Kuller, Sutton-Tyrrell y Edmundowicz, 2001; Markides y Eschbach, 2005; Matthews, 2010) y aumenta la probabilidad de experimentar un bajo control e incertidumbre, lo que a su vez disminuye la probabilidad de experimentar emociones positivas (Gallo et al., 2005). En contraste con la evidencia señalada, los resultados de este estudio mostraron que las personas con un NSE bajo tenían un mayor afecto positivo tanto de estado como de rasgo en comparación con los participantes con un NSE medio, aunque no se diferenciaron de aquellos con un NSE alto. Las personas de NSE medio presentaron adicionalmente mayor afecto negativo de rasgo que los de NSE alto. Estos resultados pueden tener varias explicaciones, una es que la muestra de las personas de NSE bajo en su mayoría fueron contactados en centros comunitarios, lo que puede indicar que los participantes estaban involucrados en actividades de ocio y recreación que ofrece el gobierno para personas en situación de pobreza, mientras que existen pocas oportunidades de participación para las personas de NSE medio.

Como se plantea en el tercer objetivo, este estudio también exploró las posibles diferencias en las dimensiones del bienestar psicológico y afrontamiento en función de las variables demográficas de edad y sexo. En cuanto al bienestar psicológico se esperaba observar que las mujeres presentarían mayores puntuaciones comparadas con los hombres en las dimensiones de relaciones positivas con otros y crecimiento personal, como lo habían reportado anteriormente Ryff y Keyes (1995). Así mismo, se planteó que los hombres obtendrían puntuaciones más altas en autonomía en comparación con las mujeres, similar a lo hallado por Burns y Machin (2010). Sin embargo, para esta muestra no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las dimensiones. Mientras que sí se encontraron diferencias según edad, aunque con tamaño del efecto bajo. Las personas del grupo de 57 a 69 años presentaron un mayor crecimiento personal en comparación con el grupo de participantes de 80 años y más. Este hallazgo es acorde con lo planteado por Ryff (1989) y Ryff y Keyes (1995) quienes refieren que las dimensiones del bienestar psicológico cambian con la edad, consideran que las dimensiones de propósito en la vida y crecimiento personal tienden a disminuir, mientras que dominio del ambiente y autonomía aumentan con la edad (Ryff y Singer, 2008).

En lo que respecta al afrontamiento, en el estudio se planteó como hipótesis que las mujeres usarían más estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción que los hombres, quienes se esperaba usaran más estrategias orientadas al problema que las mujeres. Adicionalmente, se planteó que no se encontrarían diferencias entre hombres y mujeres en la estrategia de afrontamiento de religión, debido a que Colombia es un país culturalmente religioso, especialmente en su población mayor. La primera hipótesis fue apoyada puesto que los hombres usaron más estrategias de afrontamiento orientadas al problema que las mujeres, quienes usaron en mayor medida estrategias orientadas a la emoción. Mientras la tercera hipótesis no se aceptó, puesto que hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres para la estrategia de afrontamiento de religión, las mujeres usaron más esta estrategia que los hombres posiblemente debido a que este tipo de estrategia es propia de un afrontamiento orientado a la emoción y la tendencia señalada en relación al mayor uso de este tipo de estrategias por parte de las mujeres puede ser determinante en su mayor aplicación.

Las diferencias en el afrontamiento orientado a la emoción, se encontraron específicamente para las estrategias de religión, evitación y búsqueda de apoyo social, en los tres casos las mujeres obtuvieron un mayor promedio que los hombres. Vale la pena resaltar que esta hipótesis podría haberse aceptado parcialmente, ya que la estrategia de búsqueda de apoyo social también ha sido clasificada como orientada al problema (Campos, Iraurgi, Paéz y Velasco, 2004). Estos resultados son similares a los reportados por Crăciun (2013), Matud (2004) y Schmied et al. (2015) y parcialmente similares a lo encontrado por Meléndez et al. (2012) en personas mayores, quienes refieren que las mujeres usan más la estrategia religión que los hombres. Aunque a diferencia de nuestro estudio, encontraron que los hombres eran quienes utilizaban más estrategias de evitación.

Se ha establecido que el afrontamiento cambia a medida que envejecemos (Folkman et al., 1987; Hunt, Wisocki y Yanko, 2003; Meléndez et al., 2012), por esto se evaluaron las posibles diferencias según la edad. Se planteó como hipótesis que las personas de 80 años y más usarían más estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción que los adultos mayores más jóvenes. Los resultados mostraron diferencias solamente para la estrategia de auto-focalización negativa, la cual fue mayor en el grupo de 70 a 79 años en comparación con el grupo de 57 a 69 años, por lo tanto, la hipótesis no fue comprobada. Se debe agregar que los resultados concuerdan con lo planteado por la literatura; por ejemplo Mirowsky (1997) y Thompson y Spacapan (1991) reportaron que las personas mayores tienen una menor percepción de control, por lo tanto tienden a usar más estrategias pasivas (Folkman et al., 1987; Hunt, Wisocki y Yanko, 2003; Meléndez et al., 2012).

3. Conclusiones Modelos de medida: Análisis Factorial Confirmatorio.

Este estudio tuvo como objetivo general establecer un modelo de los determinantes de bienestar subjetivo en la vejez a través de un modelo de ecuaciones estructurales. Para esto, es fundamental evaluar los modelos de medida antes de probar el modelo estructural (Byrne, 2012). Por tal razón, se planteó como cuarto objetivo específico analizar la validez de

constructo de las escalas aplicadas por medio de la técnica de análisis factorial confirmatorio (AFC). El haber evaluado la validez de constructo es una ventaja adicional de este trabajo, puesto que no hay estudios conocidos que analicen las estructuras factoriales y características psicométricas de las escalas utilizadas en población mayor colombiana.

A nivel general, se encontró que de las seis escalas aplicadas cinco logran un ajuste adecuado a la muestra, aunque se realizaron modificaciones a casi todas. El Inventario NEO reducido de Cinco Factores - NEO-FFI de Costa y McCrae (1992) fue la única escala que obtuvo un ajuste muy pobre, incluso al incluirle modificaciones al modelo de medida, razón por la cual fue excluida del modelo estructural de bienestar. A continuación, se discutirán las principales conclusiones del análisis de la validez de constructo de los instrumentos utilizados.

3.1. Conclusiones AFC Medición Bienestar Subjetivo.

El presente trabajo se basa en la conceptualización del bienestar subjetivo de Diener, quien es uno de uno de sus principales investigadores. Diener et al. (1999) lo definen como la evaluación sobre la satisfacción con la vida y el balance entre el afecto positivo y el afecto negativo. Varios autores concuerdan con que el bienestar subjetivo está compuesto por dos componentes: uno cognoscitivo, que se refiere a la satisfacción vital y un componente afectivo, que se refiere a un afecto positivo frecuente y un afecto negativo poco frecuente (Deci y Ryan, 2008; Diener et al., 1999; Meléndez, Tomás y Navarro, 2011; Schimmack, 2008). Ambos componentes pueden estar relacionados (Diener, 1994; Schimmack, 2008; Veenhoven, 1994) pero deben ser evaluados por separado, debido a que cambian a lo largo del tiempo y a que las personas tienen en cuenta distintos aspectos para su valoración. Por ejemplo, para el componente cognoscitivo los criterios son objetivos y conscientes, mientras que para el afectivo depende de aspectos emocionales (Atienza et al., 2000; Pavot y Diener, 1993).

El componente cognoscitivo fue evaluado a través de la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985). Los resultados del análisis factorial confirmatorio mostraron un adecuado ajuste del instrumento para la muestra, no fue necesario realizar ningún tipo de modificación. Este hallazgo confirma la estructura unifactorial propuesta por Diener et al.

(1985), la que también fue comprobada para la versión traducida al castellano por Atienza et al. (2000).

Las características psicométricas de esta escala han sido ampliamente estudiadas, ha mostrado una validez de constructo en diversas poblaciones alrededor del mundo (Diener et al., 1985; Gouveia, Milfont, da Fonseca y de Miranda Coelho, 2009; Wu y Yao, 2006), adicionalmente se ha comprobado una validez convergente (Kobau et al., 2010; Pavot y Diener, 2009), así como invarianza entre hombres y mujeres (Shevlin et al., 1998; Wu y Yao, 2006). Atienza et al., (2003) encontraron que la versión en castellano en población española también se confirma la unidimensionalidad de la escala tanto en hombres como mujeres, sin embargo, reportaron algunas diferencias en las medias de las puntuaciones, lo que sugirió que los hombres parecen tener mayores niveles de satisfacción vital que las mujeres.

Así que los resultados de nuestro estudio permiten afirmar que para este grupo de población mayor colombiana se valida el modelo de medida, dado que la escala mostró excelentes índices de ajuste. Sin embargo, valdría la pena en un futuro evaluar a través de un análisis factorial multi-grupo la invarianza del modelo según sexo.

Respecto a la medición del componente afectivo, se evaluó tanto el afecto positivo como el afecto negativo, se aplicó una escala que evalúa cada uno individualmente, debido a que son considerados independientes a pesar de estar relacionados (Eid, 2008; Kuppens et al., 2008). Se utilizaron las Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) de Watson et al. (1988), este instrumento evalúa el grado de haber experimentado AP y AN en dos periodos de tiempo: la escala PANAS generalmente o también llamada de rasgo y la escala PANAS de la última semana, también llamada de estado (Merz y Roesch, 2011). Watson et al. (1988) proponen una estructura independiente del AP y AN para cada escala. Se realizó un análisis factorial confirmatorio de primer orden con dos factores (AP y AN) para la escala de rasgo y estado por separado. Los resultados de los dos modelos iniciales mostraron un bajo ajuste incremental comparativo según el CFI para el PANAS de rasgo y un ajuste absoluto adecuado medido con el RMSEA. El haber encontrado un ajuste absoluto adecuado tienen una ventaja sobre los índices de ajuste incremental, puesto que no comparan el modelo con una línea de base (como lo hace el CFI), si no que determinan que tanto se ajusta el modelo a los datos en

estudio (Byrne, 2012). Por otro lado, el PANAS de estado obtuvo un pobre ajuste tanto para el índice de ajuste incremental comparativo (CFI) como de ajuste absoluto (RMSEA).

Como se establece en el capítulo de resultados, ambos modelos fueron modificados a través de la inclusión de covarianzas entre sus errores. Para el caso particular del PANAS rasgo, estas modificaciones se realizaron para mejorar el índice de ajuste incremental, mientras que para el PANAS de estado se realizaron para optimizar todos los índices de ajuste. Estas modificaciones permitieron obtener un modelo con un ajuste apropiado solamente para la escala PANAS rasgo, pero no para el PANAS estado. Con el fin de no modificar drásticamente el modelo de medida propuesto por los autores de la escala, no se realizaron más modificaciones a la escala de estado. Por esta razón, el PANAS estado no fue incluido en el modelo estructural.

Los hallazgos para el modelo de medición del PANAS de rasgo reflejan una estructura independiente de PA y NA, lo que confirma el modelo propuesto por Watson et al. (1988) y lo encontrado por otros investigadores (Crawford y Henry, 2004; Lucas, Diener y Suh, 1996; Merz y Roesch, 2011; Merz et al., 2013). Lucas et al. (1996) reportaron que la escala PANAS tiene una alta validez discriminante en comparación con otras medidas, aunque una menor validez predictiva. En la región latinoamericana, Robles y Páez (2003) comprobaron la estructura factorial del PANAS en población mexicana, aunque a diferencia de este estudio, estos investigadores encontraron un ajuste adecuado para ambas escalas (rasgo y estado). Moriondo, De Palma, Medrano y Murillo (2012) realizaron un análisis factorial exploratorio en Córdoba, Argentina; en sus resultados aseguran que la extracción de dos factores era la mejor solución e identificaron que la mayoría ítems se cargaban correctamente a cada uno de los factores (AP o AN), a excepción del reactivo “orgulloso” el que no logró una saturación factorial adecuada. En nuestro estudio, este ítem sí se relacionó con el factor de AP, aunque obtuvo la carga factorial más baja (0,35) de toda la escala. Moriondo et al. (2012) aseguran que “orgulloso” en castellano puede tener dos significados, uno de una visión positiva de sí mismo y otra que está asociada a características como arrogancia y egoísmo, lo que puede afectar la interpretación, diferente del inglés en donde “*proud*” solo tiene el significado positivo de la palabra.

Adicional a la independencia de AP y AN, se ha evidenciado que también existe una independencia según periodos específicos de tiempo (Schimmack, 2001, 2008). Por lo tanto, no se considera una desventaja del estudio el haber incluido solamente el PANAS *generalmente* en el modelo, es más, esta medición al evaluar el afecto desde una mirada de rasgo, garantiza tener una medición estable del afecto y no una respuesta afectiva a momentos particulares en el tiempo.

3.2. Conclusiones AFC Escalas Bienestar Psicológico.

El bienestar psicológico se evaluó a través de la versión española de Díaz et al. (2006) de la Escala de bienestar psicológico de Ryff (1989) que evalúa las seis dimensiones del modelo multidimensional: (a) auto-aceptación, (b) dominio del ambiente, (c) autonomía, (d) relaciones positivas con otros, (e) crecimiento personal; y (f) propósito en la vida.

La estructura factorial de la escala de bienestar psicológico se ha comprobado en varios países (Díaz et al., 2006; Kállay y Rus, 2014; Lindfors et al., 2006; Tomás et al., 2012), sin embargo, es común que se le deban hacer modificaciones al modelo para lograr un buen ajuste. En este estudio se evaluó tanto un modelo de primer orden como de segundo orden como lo han hecho otros autores (Ryff y Keyes, 1995; Tomás, Meléndez y Navarro, 2008). Los resultados mostraron inicialmente un pobre ajuste para los dos modelos. El modelo de primer orden con seis factores oblicuos, obtuvo mejores índices de ajuste que el de segundo orden, aunque sin lograr los índices adecuados, por esto se realizaron algunas modificaciones al modelo, que consistieron en incluir covarianzas entre los errores, sin embargo el ajuste siguió siendo pobre. Por esto, se probó un modelo primer orden con cuatro factores oblicuos (dominio del entorno, auto-aceptación, propósito en la vida y crecimiento personal) el cual obtuvo un buen ajuste al incluirle covarianzas entre los errores. Como se describe en los resultados, los factores de autonomía y relaciones positivas fueron excluidos del modelo, puesto que algunos de sus ítems presentaron cargas no significativas y baja correlación con las otras dimensiones.

Estos hallazgos son similares a los encontrados por Abbott et al. (2006), quienes tampoco encontraron un sustento al modelo original de seis factores y reportan al igual que este estudio, que las dimensiones de autonomía y relaciones positivas presentan bajas

correlaciones con los otros factores y bajas cargas factoriales; mientras que las cuatro dimensiones de dominio del ambiente (DA), crecimiento personal (CP), propósito en la vida (PV) y auto-aceptación (AA) si están altamente correlacionadas. Las dimensiones de relaciones positivas con otros y autonomía las identificaron como factores independientes, los autores aseguran que podrían haberlas excluidas del modelo, aunque no lo hicieron. Los investigadores no rechazan el modelo de seis factores, pues logran un adecuado ajuste después de varias modificaciones. Abbott et al. (2006) encontraron que las cuatro dimensiones (DA, CP, PV y AA) explicaban correctamente el factor de segundo orden modelo, aunque concluyen que el Bienestar Psicológico podría ser un modelo más parsimonioso, para ellos este constructo está compuesto por tres factores independientes y no seis, así: uno de segundo orden que se refiere a los aspectos motivacionales de bienestar compuesto por cuatro dimensiones (DA, CP, PV y AA), otro factor que es autonomía y un tercer factor que sería relaciones positivas con otros.

Van Dierendonck (2004) evaluó las características psicométricas de tres versiones del cuestionario y diferentes modelos, también encontró bajos índices de ajuste. Sin embargo, a pesar de no obtener índices satisfactorios, la versión más corta (tres ítems por dimensión) del cuestionario fue la que mostró mejor ajuste con un modelo de segundo orden con seis factores y con cinco factores (dominio del ambiente y auto-aceptación como una sola dimensión). Este estudio demostró que para mejorar el modelo, especialmente en las dos versiones más largas, se debían realizar modificaciones que no son recomendables, como por ejemplo cargar un ítem en dos factores, esto evidencia problemas en el modelo de medida. En este estudio el autor propuso una versión reducida del cuestionario completo, logrando así un ajuste adecuado.

Una de las críticas más conocidas al modelo de Ryff es la que hacen Springer y Hauser (2006) quienes cuestionan la validez de constructo de las Escalas de Bienestar Psicológico, debido a que no logran comprobar la estructura de seis dimensiones en una muestra nacional estadounidense, después de realizar varios análisis factoriales confirmatorios. Adicionalmente, refieren que los factores no se discriminan entre sí y que los ítems presentan altas inter-correlaciones. Al igual que Abbott et al. (2006) sugieren que las cuatro dimensiones de auto-aceptación, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento

personal parecen pertenecer a un solo factor. En nuestro estudio no se evaluó el modelo que proponen estos autores, sin embargo, sí se encontró que las dimensiones de relaciones positivas con otros y autonomía no se ajustaban al modelo mientras que las otras cuatro dimensiones sí. A pesar que para los autores de la escala sea controvertido tener una aproximación exploratoria y no confirmatoria a su modelo, valdría la pena en un futuro estudio comprobar la propuesta de Abbott et al. (2006) y Springer y Hauser (2006).

Otro de los hallazgos importantes del análisis factorial confirmatorio realizado, es el que a pesar de que la mayoría de los ítems presentaban cargas factoriales altas, cuatro ítems mostraron cargas factoriales muy bajas, los cuales tenían en común estar formulados de manera negativa. Este fenómeno no solo sucedió en el análisis de esta escala, si no en general en la mayoría de los cuestionarios usados en el estudio que cuentan con este tipo de ítems.

3.3. Conclusiones AFC Cuestionario de Afrontamiento al Estrés.

En lo que respecta al afrontamiento se aplicó la versión validada en población mayor española por Tomás et al. (2013) del CAE desarrollado en España por (Sandín y Chorot, 2003). Los resultados mostraron que el modelo de primer orden con siete factores presentó un buen índice de ajuste, aunque con modificaciones como covarianzas entre los errores de los ítems, se eliminaron cuatro ítems que se cargaban en varios factores y además presentaban pobres cargas factoriales. Se eliminaron dos ítems del factor de estrategia de afrontamiento re-evaluación positiva, un ítem de expresión emocional y otro del factor auto-focalización negativa.

Los hallazgos del AFC de nuestro estudio se diferencian del modelo con dos factores de segundo orden que proponen Sandín y Chorot (2003) y González y Landero (2007), puesto que para la muestra colombiana el modelo de primer orden fue el que obtuvo un mejor ajuste. El modelo de primer orden con siete factores correlacionados entre sí también ha sido comprobado en una muestra de personas mayores por Tomás et al. (2003).

Los cuatro ítems eliminados en este estudio también han obtenido bajas cargas factoriales en otras investigaciones. Por ejemplo, Tomás et al. (2003) encontraron una baja carga factorial (0,25) para el ítem “luché y me desahugué expresando mis sentimientos” y

González y Landero (2007) en un análisis factorial exploratorio, hallaron que este ítem se cargaba en el factor de búsqueda de apoyo social y no en expresión emocional. Además, en el AFC de segundo orden no encontraron una carga factorial significativa, por lo que lo eliminaron del modelo de medición. González y Landero (2007) también obtuvieron una baja carga factorial para los ítems: “experimenté personalmente eso de que no hay mal que por bien no venga” y “comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes”. Los hallazgos obtenidos, así como los de González y Landero (2007), sugieren que estos ítems parecen no discriminar bien en población latina. Una posible explicación es que haya razones culturales que influyan en la comprensión de estos ítems, especialmente para el ítem “no hay mal que por bien no venga”, ya que, al ser una expresión común en la cultura colombiana y latina, puede que no se asocie con una estrategia específica de afrontamiento sino a una identificación con expresiones culturales. El ítem “luché y me desahogué expresando mis sentimientos” puede no discriminar igualmente debido a razones culturales, pues como lo asegura Diener (2012) los estándares culturales de los latinoamericanos facilitan y normalizan la expresión de sentimientos y emociones.

3.4. Conclusiones AFC Escala Breve de Resiliencia.

La resiliencia está asociada con tener la capacidad de afrontar de manera flexible la adversidad y los diferentes retos de la vida (Mancini y Bonanno, 2009), por esto ha sido de particular interés al momento de estudiar la vejez, ya que en esta etapa del ciclo vital existe una alta probabilidad de enfrentar situaciones difíciles, las personas mayores resilientes al sobrellevar la adversidad, manifiestan una mayor satisfacción con su vida (Beutel, Glaesmer, Decker, Fishbeck y Brähler, 2009; Keyes, Shmotkin y Ryff. 2002; Ong, Bergeman, Bisconti y Wallace, 2006).

Se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar la estructura unidimensional del BRCS de Sinclair y Wallston (2004). Los resultados de nuestro trabajo confirman el modelo de medición, se obtuvieron índices de ajuste adecuados y solo se incluyó una covarianza entre los errores de dos ítems para mejorar el índice RMSEA. Inicialmente se obtuvo un valor de 0,10 para RMSEA y con la inclusión de una covarianza entre dos errores se logró un RMSEA de 0,07.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Tomás et al. (2012) en una validación de constructo en población de adultos mayores en España, estos autores obtuvieron un buen ajuste en todos los índices y el RMSEA que reportan es de 0,19. Sin embargo, ellos no realizan modificaciones al modelo y concluyen que el modelo se adecúa a los datos. Adicionalmente, estos autores evaluaron la validez de criterio de la escala obteniendo una asociación positiva con el afrontamiento y el bienestar psicológico. Específicamente encontraron una asociación entre altas puntuaciones en la BRCS y el afrontamiento orientado hacia el problema, re-evaluación positiva, evitación y búsqueda de apoyo social. En cuanto al bienestar psicológico reportan una relación entre la resiliencia y las dimensiones de auto-aceptación, dominio del ambiente, crecimiento personal y propósito en la vida.

Existen varias medidas que evalúan la resiliencia, Windle, Bennett y Noyes (2011) realizaron una revisión sistemática sobre las propiedades psicométricas de las escalas que evalúan resiliencia. Concluyen que las escalas *Connor Davidson Resilience Scale* (Connor y Davidson, 2003), *Resilience Scale* para adultos y la Escala Breve de Resiliencia de Smith et al. (2008) son las que cuentan con mejores propiedades. Windle et al. (2011) no incluyeron la BRCS, posiblemente porque uno de los criterios era contar un más de un AFC y la BRCS cuenta con pocos estudios de su validez de constructo, además la publicación de Tomás et al. (2012) fue posterior al artículo de Windle et al. (2011).

En conclusión, los resultados de nuestro estudio son relevantes ya que contribuyen a generar información sobre las características psicométricas de la BRCS para población mayor latina. Los hallazgos demuestran que esta escala tiene un buen ajuste, lo que indica una alta validez de constructo y una excelente consistencia interna ($\alpha = 0,830$). Por lo tanto, esta escala recomienda para ser usada con población mayor en Colombia con fines clínicos y/o investigativos.

3.5. Conclusiones AFC Inventario NEO-FFI.

Se realizó un análisis factorial confirmatorio para datos ordinales a través del método de estimación ‘*weighted least squares means and variance adjusted*’ (WLSMV). Como se mencionó anteriormente el Inventario NEO-FFI de Costa y McCrae (1992) fue la única escala en la que no se encontró un ajuste adecuado para la muestra, incluso realizándole

modificaciones al modelo. Se encontraron inconsistencias como cargas factoriales bajas y no significativas, así como valores negativos en las cargas factoriales de ítems formulados de manera negativa cuyos valores habían sido previamente reversados. Se encontró que los ítems formulados de manera negativa fueron los que presentaron más problemas en las cargas factoriales. Posteriormente, se analizaron cada uno de los rasgos de manera individual a través de AFC, sin embargo, tampoco se logró un ajuste satisfactorio para los cinco factores. Para neuroticismo, extraversión y responsabilidad se encontró un ajuste adecuado según el CFI, pero para los dos últimos el índice RMSEA fue mediocre, incluso después de incluir modificaciones. Los resultados mostraron pobres índices de ajuste para los factores de apertura a la experiencia y amabilidad incluso en los modelos modificados.

Los cinco grandes factores es uno de los modelos de personalidad más aceptados actualmente (Digman, 1990; Rolland, Parker y Stumpf, 1998) y que ha demostrado mayor aplicabilidad transcultural (McCrae, Costa, Del Pilar, Rolland y Parker, 1998; McCrae y John, 1992). Es por esto, que se han desarrollado diversas escalas para evaluarlo. Una de estas es el Inventario de Personalidad NEO o NEO-PI de Costa y McCrae (1992), que ha tenido varias validaciones exitosas en diversos idiomas y culturas (Ispas, Iliescu, Ilie y Johnson, 2014; Manga, Ramos y Morán, 2004; McCrae et al., 1998; Murray, Rawlings, Allen y Trinder, 2003; Panayiotou, Kokkinos y Spanoudis, 2004), así como versiones revisadas y reducidas como el NEO-FFI (McCrae y Costa, 2004) usado en esta investigación.

En contraste con lo anterior, aunque similar a nuestros resultados, otros investigadores han encontrado un pobre ajuste del modelo confirmatorio de la versión larga del NEO (Borkenau y Ostendorf, 1990; Church y Burke, 1994; Corff y Busque-carrier, 2016; Vassend y Skrondal, 2011) y la versión reducida NEO-FFI (Egan, Deary y Austin, 2000; Gignac et al., 2007; Tokar, Fischer, Snell y Harik-Williams, 1999). Por ejemplo, Gignac et al. (2007) aseguran que en varias ocasiones no se ha comprobado el modelo de los cinco factores a través del análisis factorial confirmatorio. Estos investigadores evaluaron cada rasgo como modelo individual a través de AFC y no encontraron un buen ajuste, lo que atribuyeron a una correlación entre los errores, por lo que modificaron los modelos individuales y lograron un ajuste satisfactorio. Sin embargo, los autores aseguran que la correlación de la varianza de

error puede afectar la consistencia interna del instrumento y recomiendan desarrollar nuevos instrumentos para el estudio de la personalidad.

Aunque va más allá del alcance y objetivos de este estudio, nuestro interés no es debatir el modelo de los cinco factores, pero si contribuir a facilitar la validación de herramientas para población mayor colombiana, y para la presente muestra de adultos mayores el inventario NEO-FFI no mostró un buen ajuste. Estos resultados pueden ser indicativos de que la población presentó dificultades en la comprensión del instrumento, lo que puede sugerir que el nivel educativo puede interferir en la validez de constructo del inventario, pues es de resaltar que el 45% había alcanzado apenas la primaria o no la había culminado y el 10% no contaba con ningún tipo de estudio. Por lo tanto, en futuras investigaciones valdría la pena comparar grupos según nivel educativo.

3.6. Conclusiones generales validez de constructo: Análisis Factorial Confirmatorio.

Después de discutir los resultados del AFC realizado a las seis escalas, a nivel general se puede concluir que este estudio contribuye generando evidencia sobre la validez de constructo de las escalas usadas y permite recomendar su uso en población mayor con fines clínicos e investigativos, principalmente de la escala de bienestar subjetivo de Diener (1999) y la de Resiliencia BRCS. Aunque se logró obtener un buen ajuste a los modelos de las otras escalas se recomienda su uso con precaución y tener en cuenta los resultados de este estudio (exceptuando el NEO-FFI). Es decir, se recomienda usar el PANAS pero especialmente la escala de rasgo, en cuanto a las escalas de Bienestar Psicológico se recomienda usar solo para estudiar los cuatro dominios (dominio del entorno, auto-aceptación, propósito en la vida y crecimiento personal) que mostraron un ajuste apropiado y para el CAE usar la escala sin los cuatro ítems eliminados en este estudio.

Un hallazgo importante de los análisis factoriales confirmatorios realizados en este trabajo, es el haber encontrado que los reactivos que estaban formulados de manera negativa presentaban problemas en los cuestionarios, como por ejemplo bajas cargas factoriales. El debate sobre el uso de este tipo de ítems y sus dificultades no es nuevo, por ejemplo se ha encontrado que estos ítems pueden afectar la consistencia interna (Barnette 2000) y estructura factorial (Woods, 2006) de los instrumentos; así mismo que pueden ser confusos para

personas con bajo nivel educativo (Melnick y Gable, 1990). Los resultados y la experiencia en campo sugieren que las personas mayores presentan algunas dificultades para comprenderlos. Una posible explicación es el bajo nivel educativo de una importante proporción de la muestra. Sin embargo, para responder esta pregunta se recomienda en futuros estudios realizar análisis factoriales confirmatorios multi-grupo en el que se comparen grupos por nivel educativo.

4. Conclusiones para el modelo estructural: Determinantes de bienestar subjetivo.

El último objetivo fue analizar a través de un modelo de ecuaciones estructurales si las variables psicológicas y sociales de resiliencia, el afrontamiento, apoyo social, vivir con alguien, el nivel socio-económico y tener una ocupación actualmente, se asociaban con las tres dimensiones del bienestar subjetivo (satisfacción vital, afecto positivo y afecto negativo) o solo con algunas de ellas. El presente estudio confirmó que los factores propuestos fueron predictores de BS y sugiere que hay indicadores psicológicos y sociales específicos para los dos componentes (afectivo y cognoscitivo) del bienestar.

El modelo de determinantes de bienestar en la vejez planteado tuvo como hipótesis que la satisfacción con la vida estaba predicha por cuatro dimensiones del bienestar psicológico (auto-aceptación, propósito en la vida, crecimiento personal y dominio del entorno), la resiliencia, la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, adicionalmente a la satisfacción con el apoyo, el vivir con alguien, el nivel socioeconómico y tener una ocupación. Mientras que la dimensión de afecto positivo se estimó estar determinada por el NSE, la satisfacción con el apoyo social, algunas estrategias de afrontamiento (focalización en el problema, reevaluación positiva y evitación), la resiliencia, y las dimensiones del bienestar psicológico de dominio del entorno y propósito en la vida; el afecto negativo se planteó estar explicado por las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo, autofocalización negativa, religión y expresión emocional, así como del NSE y el no

tener alguna ocupación actual. Sin embargo, este modelo inicial no se ajustó a los datos, se obtuvo un bajo índice CFI, aunque un ajuste satisfactorio según el RMSEA.

Así que para buscar parsimonia y un modelo que se ajustara a los datos se eliminaron las variables que no fueron significativas. Se excluyeron del modelo las estrategias de afrontamiento búsqueda de apoyo social, evitación y reevaluación positiva, el indicador de fuente de ingresos y ocupación actual. Adicionalmente, se eliminó la relación NSE, dominio del entorno y satisfacción con el apoyo social con afecto positivo, así como la resiliencia con satisfacción con la vida debido a que no fueron significativos los coeficientes. El modelo que obtuvo un ajuste adecuado propone un modelo de determinantes de bienestar subjetivo para personas mayores consistente con las hipótesis del estudio, planteándose que existen variables demográficas, apoyo social, afrontamiento, bienestar psicológico y resiliencia que están asociadas con los componentes del bienestar subjetivo.

El modelo resultante establece que la satisfacción con la vida está determinada por el afecto positivo, las dimensiones de auto-aceptación, dominio del entorno y propósito en la vida del bienestar psicológico, con la satisfacción con el apoyo social, el vivir con alguien y el NSE. El afecto positivo de rasgo se encontró determinado por la resiliencia, las dimensiones del bienestar psicológico de propósito en la vida, crecimiento personal y la estrategia de afrontamiento de focalización positiva. Mientras que el afecto negativo presentó una relación inversamente proporcional con la satisfacción con la vida y directamente proporcional con las estrategias de afrontamiento de expresión emocional, autofocalización negativa y religión. Adicionalmente, se encontró una relación positiva entre la resiliencia y las cuatro dimensiones del bienestar psicológico incluidas en el modelo. Se halló una asociación inversamente proporcional entre la estrategia de afrontamiento de auto-focalización negativa con las dimensiones de crecimiento personal y dominio del entorno, y una relación positiva entre la estrategia de focalización hacia el problema y propósito en la vida. A continuación, se analizarán los resultados de cada una de las asociaciones encontradas a la luz de la teoría.

El haber encontrado una asociación positiva entre el NSE y la satisfacción vital concuerda con lo reportado en otros estudios (Gallo y Matthews, 2003; Hubbard et al., 2014; Pinquart y Sörensen, 2000; Schöllgen et al., 2012), aunque a diferencia de estas investigaciones, la relación se halló con el componente cognoscitivo mas no con el afectivo

del bienestar. Este hallazgo concuerda con que los factores socio-culturales (como pueden ser los ingresos y NSE) están esencialmente asociados con el componente cognitivo del bienestar (Diener, Diener y Diener, 1995; Diener, 2000). Ahora bien, otros autores establecen que la evidencia de que un bajo NSE amenaza el bienestar no es necesariamente significativa (Gallo et al., 2001; Gallo et al., 2005; Markides y Eschbach, 2005; Matthews, 2010).

Howell y Howell (2008) refieren que en países en vías de desarrollo el indicador NSE es el que está asociado con el bienestar y no solo los ingresos ya que pueden ser compartidos con otros. Adicionalmente, el NSE evalúa el contexto social asociado a variables económicas y de inequidad (APA, 2007). En Colombia el NSE se realiza con base en las características de las viviendas y sus alrededores, lo que tiene una alta relación con el poder adquisitivo, por ende los ingresos (DANE, s.f.), por lo tanto esta variable incluye ambos aspectos. Gallo y Matthews (2003) proponen que un bajo NSE aumenta el estrés y la morbi-mortalidad, ya que las personas están expuestas a mayor riesgo, por lo tanto, su bienestar se ve amenazado. Uno de los antecedentes más importante de este estudio es el de Reyes et al. (2014) quienes refieren que el monto específico de ingreso no se asocia con el bienestar, pero que cuando el ingreso no garantiza una seguridad habitacional y afecta la autonomía el bienestar subjetivo se ve afectado drásticamente. Los resultados van por esta misma línea ya que un bajo NSE indicaría estar expuesto a un contexto social de inequidad y a estar en situación de pobreza.

Ahora bien, la relación entre ingresos y bienestar varía según culturas (Diener y Diener, 1995; Diener y Biswas-Diener, 2002; Giarrizzo, 2009). Por ejemplo, un estudio en Argentina realizado por Giarrizzo (2009) reportó que no necesariamente existe una asociación entre una mejor economía y el bienestar. De manera similar Helliwell et al. (2016) en el último estudio sobre felicidad a nivel mundial refieren que Latinoamérica es una región que a pesar de tener menores ingresos per cápita, la evaluación de la satisfacción vital es alta. Por lo tanto, el haber incluido la variable NSE y no solamente los ingresos es definitivamente una fortaleza de este estudio.

El no haber encontrado una relación entre NSE y el componente afectivo del bienestar confirma que no todos los elementos del bienestar son medibles monetariamente (Biswas-Diener, 2008; Peña-Trapero, 2009). De esta manera este estudio también corrobora que los ingresos ni el NSE son los únicos factores generadores de bienestar, sino que existen otras

variables psico-sociales asociadas a este (Cacioppo et al., 2008; Diener y Diener, 1995; Giarrizzo, 2009; Howell y Howell, 2008; Reyes et al., 2014; Nussbaum, 2011).

Otra de las variables asociadas a la satisfacción vital fue el vivir con alguien. Esta relación también ha sido reportada Ramírez-Pérez y Lee-Maturana (2012) en una muestra de mayores chilenos. Por el contrario, Mellor, Stokes, Firth, Hayashi y Cummins (2008) no encontraron diferencias en la satisfacción vital al comparar un grupo de personas que viven solo vs otro grupo que vive con alguien, aunque a pesar de que tuvieron en cuenta personas mayores, esta comparación la hicieron con la muestra total, que eran participantes entre los 20 a 86 años y no evaluaron si había diferencias según grupos de edad.

Ahora bien, vivir solo no necesariamente significa sentirse solo o estar aislados, sin embargo, quienes experimentan soledad si generalmente viven solos (Victor, Scambler, Bond y Bowling, 2000). Por lo tanto, esta variable puede estar relacionada con que quienes viven con alguien pueden tener una menor percepción de soledad, variable que se ha encontrado inversamente relacionada con el bienestar (Cacioppo et al. 2008; Gow et al., 2007). De manera similar, vivir solo en la adultez mayor está asociada con un incremento en la posibilidad de estar hospitalizado con mayor frecuencia y que esta estancia sea más larga (Turner, Nikolova y Sutton, 2016) y con experimentar mayores sensaciones de inseguridad e inestabilidad (Portacolone, 2013).

El hallazgo de que la satisfacción con el apoyo social se relaciona con la satisfacción vital no es novedoso, puesto que los efectos positivos del apoyo social en el bienestar son ampliamente conocidos (Aguerre y Bouffard, 2008; Antonucci et al., 2014; Ashida y Heaney, 2008; Arias, 2013; Cohen et al., 2000; Cohen y Syme, 1985; Meléndez et al., 2009; Ong y Bergeman, 2004). La satisfacción con el apoyo se ha encontrado relacionada con el bienestar en la vejez, sin diferencias entre hombre y mujeres (Diener y Diener, 1995; Cacioppo et al., 2008; Pinquart y Sörensen, 2000).

El apoyo social es un constructo complejo de conceptualizar debido a sus múltiples dimensiones (Pinazo-Hernandis, 2005), por esto es fundamental comprender que hay un componente estructural, que se refiera a como está compuesta la red de apoyo (Due et al., 1999; Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2009), la función que cumple o el tipo de apoyo que proveen (Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2009; Pinazo-Hernandis, 2005),

y la valoración que hacen los individuos respecto a que tan satisfechos están con la red y el tipo de apoyo que reciben (Lin, 1986; Reyes et al., 2014). En nuestro estudio encontramos que esta valoración subjetiva es la que se asociaba con el componente cognitivo del bienestar subjetivo. Este hallazgo se relaciona con el modelo del convoy social de Kahn y Antonucci (1980). Antonucci et al. (2014) determinan que al evaluar el apoyo social es fundamental comprender la calidad y tipo de apoyo que reciben las personas, debido a que el tamaño de la red varía a lo largo de la vida y no necesariamente asociado a una percepción de satisfacción (Gow et al., 2007; Guzmán et al., 2003; Reyes et al., 2014).

Es ampliamente conocido que el contacto social cambia y disminuye a medida que avanza la edad (Due et al., 1999; Huxhold, Fiori y Windsor, 2013). La TSS de Carstensen (1995) explica que a lo largo la vida la estructura social cambia gradualmente de acuerdo a las necesidades del individuo: interacción, obtención de información, desarrollo del auto-concepto y regulación de las emociones del individuo. Según Sims et al. (2015) en la adultez mayor las necesidades están más orientadas a la regulación de emociones, por lo cual los individuos buscan un contacto social que promueva las emociones positivas (Carstensen et al., 2000; Gross et al., 1997; Lawton et al., 1992), por lo que seleccionan a que le más prestan atención (Mather y Carstensen, 2003). Es por esto que toma aún más relevancia el haber incluido la satisfacción con el apoyo como la dimensión del apoyo social asociada con la satisfacción vital, puesto que lo que se relaciona con el bienestar es la valoración subjetiva de las redes de apoyo y la calidad del contacto social, mas no la frecuencia de contacto o el tamaño de la red (Akiyama et al. 2003; Fuller-Iglesias et al., 2015; Pinquart y Sörensen, 2000; Reyes et al., 2014).

A diferencia de la evidencia existente sobre que el contacto social que eligen las personas en la vejez es el que esencialmente genera emociones positivas (Carstensen et al., 2000; Gross et al., 1997; Lawton et al., 1992; Mather y Carstensen, 2003; Reed y Carstensen, 2012), en este estudio no se encontró una relación entre la satisfacción con el apoyo y el componente afectivo del bienestar.

Ahora bien, en el modelo se encontró una asociación entre el bienestar psicológico y las dos dimensiones del bienestar subjetivo. Estos dos constructos se han reportado estar altamente relacionados, aunque se ha demostrado que son conceptos distintos, determinados

por variables diferentes (Keyes et al., 2002; Molina y Meléndez, 2006). Keyes et al. (2002) refieren que las dimensiones de auto-aceptación y dominio del ambiente son las que especialmente se relacionan con el bienestar subjetivo. En este estudio se encontró que estas dos dimensiones señaladas por Ryff y sus colaboradores más la dimensión de propósito en la vida, se asocian con el BS, aunque el crecimiento personal se relacionó exclusivamente con el afecto positivo y no con la satisfacción vital.

En nuestro estudio el dominio del ambiente del bienestar psicológico se planteó como uno de los determinantes la satisfacción vital. Esta dimensión se refiere a la capacidad para manejar el entorno (Ryff, 1995) y controlar ambientes complejos (Ryff y Singer, 2008), es por esto que se asocia a una percepción de control personal. De manera similar a este estudio, otros investigadores han evidenciado que la percepción de control es un determinante fundamental de bienestar en la vejez, debido a que en esta etapa de la vida el dominio personal se ve altamente amenazado por las diferentes situaciones de pérdida que se enfrentan (Bennet et al., 2010; Cárdenas y López, 2010; Daatland y Hansen, 2007; Ong y Bergeman, 2004).

La auto-aceptación fue otra de las dimensiones del bienestar psicológico que se relacionó con la satisfacción vital. Ryff (1989) la puntualizó como una de las dimensiones más importantes, se refiere a la aceptación de sí mismo y el pasado. Ryff y Singer (2008) la definieron como “un tipo de auto-evaluación a largo plazo que involucra el conocimiento y aceptación tanto de las fortalezas como debilidades” (p. 21). Con base en estas conceptualizaciones, nuestro hallazgo se hace completamente coherente, pues aceptarse a sí mismo y el pasado determinará la valoración global sobre la vida que hacen los individuos en la vejez. Keyes et al., (2002) señalaron que las dimensiones del bienestar psicológico y subjetivo son interdependientes, aunque reportaron que el dominio del ambiente y auto-aceptación estaban compartidas por las dos variables latentes de bienestar subjetivo y el psicológico.

El propósito en la vida fue otra de las dimensiones del bienestar psicológico que se asoció con el bienestar subjetivo, en nuestro modelo la relación se asoció tanto con el componente cognoscitivo como con el afectivo. El propósito en la vida se refiere a la capacidad para percibir que la vida tiene un sentido y significado (McMahan y DeHart

Renken, 2011) y las metas que el individuo se propone a lo largo de la vida (Ryff y Keyes, 1995), las cuales dependen de la etapa del ciclo vital en la que se encuentra el individuo, según Ryff y Singer (2008) en la adultez mayor el individuo busca una integración emocional al final de la vida. Por lo tanto, es teóricamente coherente haber confirmado esta asociación, la cual se ha reportado anteriormente relacionada tanto con la satisfacción vital (Pinquart 2002; Ryff, 1989) como con el afecto (Gohil y Charak, 2013; Pinjarkar y Mehrotra, 2014).

La cuarta dimensión del bienestar psicológico incluida en el modelo fue la de crecimiento personal, la que se refiere a un proceso continuo de desarrollo del potencial individual (Ryff, 1989; Ryff y Singer, 2008). En el presente estudio esta dimensión se asoció positivamente solo con el afecto positivo, estos resultados son similares a los reportados por Burns y Machin (2010) en una muestra de maestros de colegio en Australia, quienes encontraron que las dimensiones de dominio del ambiente, crecimiento personal, propósito en la vida y auto-aceptación combinadas en un solo factor predecían el componente afectivo del bienestar subjetivo.

El afrontamiento fue otro de los predictores del bienestar, esta asociación se ha establecido también por otros investigadores (Folkman y Lazarus, 1988; Lin, 2016; Lyubomirsky et al., 2005; Vera-Noriega et al., 2005). Se encontró específicamente una relación entre algunas estrategias de afrontamiento y el afecto tanto positivo como negativo. En esta investigación la estrategia de focalización hacia el problema se halló como determinante del afecto positivo, mientras que las estrategias de auto-focalización negativa, religión y expresión emocional se relacionaron de manera directamente proporcional con el afecto negativo.

El afrontamiento es un concepto multidimensional que ha sido clasificado y definido de varias maneras (Billing y Moss, 1981; Carver et al., 1989; Lazarus y Folkman, 1984; Skinner et al., 2003), una de las más conocidas y aceptadas es la de Lazarus y Folkman (1984) quienes lo clasifican en afrontamiento orientado al problema y afrontamiento orientado a la emoción. Adicionalmente, se afirma que no existen un tipo de afrontamiento ideal, sin embargo, se reconoce que existen algunas estrategias que son más adaptativas que otras (Campos et al., 2004), como por ejemplo las que están orientadas al problema o de aproximación, como sería para este caso la estrategia de focalización hacia el problema, que

tuvo una asociación directamente proporcional con el afecto positivo. Folkman y Lazarus (1988) reportaron que este tipo de estrategias tiene efectos positivos en la respuesta emocional de los individuos, lo que concuerda con los resultados de nuestro modelo. Mientras que, el afrontamiento orientado a la emoción, como lo serían las estrategias de auto-focalización negativa, religión y expresión emocional, también han sido asociadas previamente como generadores de estrés emocional (Carrobbles et al., 2003) y hasta con tener efectos negativos en la salud (Hall et al., 1994; Goodkin et al., 1992).

El modelo mostró adicionalmente una relación entre el afrontamiento y el bienestar psicológico. Los resultados evidenciaron que la estrategia de afrontamiento de autofocalización negativa se asoció de manera inversamente proporcional con la dimensión de crecimiento personal, mientras que la estrategia de focalización hacia el problema se asoció positivamente con la dimensión de propósito en la vida. Estos hallazgos son similares a lo encontrado anteriormente por otros investigadores, como Campos et al. (2004) quienes argumentan que las estrategias de afrontamiento desadaptativas son aquellas que no logran una regulación emocional, como lo sería por ejemplo la auto-focalización negativa. Mientras que las estrategias enfocadas al problema generalmente son usadas cuando hay una percepción de control (Pakenham et al., 1994), por lo tanto, la relación hallada entre la focalización hacia el problema y el propósito en la vida es coherente con la teoría.

El afrontamiento cambia con la edad, a medida que envejecemos tendemos a usar más estrategias orientadas a la emoción (Folkman et al., 1987; Hunt et al., 2003; Meléndez et al., 2012). Sin embargo, esta orientación no minimiza el uso de estrategias orientadas al problema en los adultos mayores, las cuales son generadoras de bienestar tanto subjetivo como psicológico (Levasseur y Couture, 2015). Como se mencionó anteriormente, las estrategias orientadas a la emoción se han encontrado asociadas a distrés (Carrobbles et al., 2003). Aunque a diferencia de nuestro estudio, existe evidencia de que en la adultez mayor no necesariamente este tipo de estrategias trae consigo consecuencias negativas (Smalls et al., 2012).

A diferencia de Lin (2016) quien encontró que un afrontamiento activo tanto orientado a la emoción o al problema genera bienestar, en nuestro estudio solamente un afrontamiento orientado al problema se relacionó con el bienestar y el estilo orientado a la emoción fue determinante de un mayor afecto negativo. Más aun, la estrategia de búsqueda de apoyo social

no se halló relacionada con ninguno de los componentes del bienestar subjetivo, a diferencia de lo reportado por Cacioppo et al. (2008) quienes observaron que la búsqueda de apoyo social emocional se relacionaba positivamente con la felicidad. Por otro lado, la estrategia de afrontamiento de religión se ha encontrado asociada a un mayor bienestar psicológico (Krause y Bastida, 2009; Myers, 2008) y como un factor promotor de participación social (Maltby y Day, 2003; Pargament et al., 2001). En esta investigación la religión como estrategia de afrontamiento solo se relacionó con mayor afecto negativo de rasgo, lo que es equivalente a los estudios que reportan que un afrontamiento religioso negativo está asociado a depresión y menor calidad de vida (Herbert et al., 2009; Herrera et al., 2009; Pargament et al., 2001).

El último factor psicológico que se planteó como determinante de bienestar fue la resiliencia. En el primer modelo se propuso que la resiliencia se relacionaría con la satisfacción vital y el afecto positivo, sin embargo no se encontró una asociación significativa entre resiliencia y satisfacción vital, si no solamente con el afecto positivo. Adicionalmente, la resiliencia tuvo una relación más fuerte con las cuatro dimensiones del bienestar psicológico incluidas en el modelo que con el afecto positivo.

La resiliencia se entiende como la capacidad de los individuos para adaptarse positivamente y mantener un adecuado funcionamiento psicosocial durante la adversidad (Beutel et al., 2009; Ong, Bergeman y Boker, 2009). Su relación con el bienestar ha sido frecuentemente reportada por la literatura (Almeida, 2013; Hu et al., 2015; Windle, 2010). Por ejemplo, existe evidencia de que en la vejez las personas resilientes refieren una mayor satisfacción vital (Beutel et al., 2009; Keyes et al., 2002; Ong et al., 2006) relación que no se encontró significativa en este estudio. Block y Block (1990) demostraron que el rasgo de personalidad resiliente tiene un componente importante de emociones positivas, ya que son personas optimistas y con una actitud abierta a nuevas experiencias. Otros investigadores han encontrado que las personas resilientes tienen una mayor tendencia a experimentar más emociones positivas debido a que regulan las emociones negativas (Fredrickson, 2001; Fredrickson et al., 2003; Tugade y Fredrickson, 2011). Ong et al. (2006) señalaron que el rasgo resiliente funciona como un amortiguador entre el estrés y las emociones negativas, y aseguran que las personas resilientes tienen la capacidad de experimentar emociones positivas incluso en contextos de adversidad.

La resiliencia es un concepto complejo y de gran interés en las ciencias sociales, que ha tenido varias definiciones y ha sido abordado desde varias perspectivas. La perspectiva de personalidad resiliente, como se describió anteriormente permite explicar algunos de los hallazgos de este estudio, sin embargo tiene algunas limitaciones al no tener cuenta variables socio-culturales (Waller, 2001). Es por esto que existen otras posturas que aseguran que la resiliencia se puede desarrollar y miradas eco-sistémicas con un enfoque en el ciclo vital (Richardson et al., 1990; Ungar, 2010; Waller, 2001; Windle, 2010).

El enfoque ecológico basado en una perspectiva del ciclo vital nos permite comprender la baja fuerza de la relación con el afecto positivo hallada en este estudio. Una posible explicación, es la evidencia sobre como la resiliencia parece venir con la edad, es decir las personas mayores son más resilientes que los más jóvenes (Beutel et al., 2009; Daatland y Hansen, 2007; Gooding et al., 2012; Ong et al., 2009) y que existen aspectos culturales que influyen en el desarrollo de resiliencia, como lo es por ejemplo que los latinos son comúnmente resilientes (Fuller y García Coll, 2010; Schultz et al., 2009); lo que se ha sido encontrado incluso en personas mayores colombianas (Bennett et al., 2016), en este estudio participó la autora de este trabajo. Por lo tanto, puede que una amplia proporción de la muestra tenga altos niveles de resiliencia pero no necesariamente un mayor bienestar subjetivo. No obstante, este estudio no busca desconocer los múltiples beneficios asociados a la resiliencia en esta etapa de la vida (Bennett, 2010; Bonanno, 2004b; Browne et al., 2009; Harris, 2008; Waller, 2001), además tuvo una importante relación con el bienestar psicológico.

La resiliencia se ha encontrado relacionada con mayores niveles de bienestar psicológico (Ong et al., 2004, Satici, 2016; Verma, 2016). Por ejemplo, Tomás et al. (2012a) en una muestra de mayores españoles encontraron que la resiliencia explicaba mejor el bienestar psicológico que los estilos de afrontamiento. Polk (1997) asegura que la resiliencia se relaciona con un tener sentido de vida. Richardson et al. (1990) en el modelo de resiliencia proponen que quienes logran una reintegración resiliente, alcanzan un crecimiento personal. Sagone y Caroli (2014) encontraron que las dimensiones de auto-aceptación, crecimiento personal y dominio del ambiente eran los mejores predictores de la resiliencia. Incluso Ryff et al. (2012) hablan de resiliencia psicológica que se refiere a “la capacidad para mantener o

recuperar el bienestar psicológico frente a la adversidad, es decir lograr un florecimiento, desarrollo y funcionamiento efectivo a pesar de las circunstancias” (p. 74).

El antecedente más importante de este estudio es el de Reyes et al. (2014) quienes propusieron través de una metodología cualitativa un modelo de bienestar de personas mayores en situación de pobreza en una muestra colombiana. Al compararlo con los hallazgos de nuestro estudio, se encontró que los modelos comparten algunas propuestas, como el hecho de que existen algunas fortalezas personales como la resiliencia, estrategias de afrontamiento y la satisfacción con el apoyo social que son generadoras de bienestar. De manera similar se encontró que una seguridad económica y habitacional, medida con el NSE, se asociaba con la satisfacción vital, así como el dominio del entorno. Sin embargo, a diferencia de Reyes et al. (2014), en nuestro estudio la religión se asoció con el afecto negativo y no se encontró como un factor protector, tampoco se halló una asociación significativa con tener una ocupación. Otra de las diferencias, fue la dimensión de autonomía la cual fue reportada por Reyes et al. (2014) asociada con el dominio del entorno y por ende con el bienestar, en este estudio no se pudo incluir esta variable, debido a que el modelo de medición no cumplió con el ajuste deseado.

5. Limitaciones del estudio.

Este estudio tiene varias limitaciones que valen la pena mencionar. La primera está asociada a las características de la muestra, como la alta proporción de mujeres en comparación con hombres (61% mujeres y 39% hombres), que cerca de la mitad de la muestra (45%) pertenecía a un NSE bajo y una importante proporción de participantes tenían un bajo nivel educativo. Estos factores pudieron haber influido en los resultados, sin embargo, esta distribución respecto al NSE y nivel educativo corresponde más a la realidad de la población mayor colombiana.

Estas particularidades de la muestra están asociadas con otra de las limitaciones del estudio, que tiene que ver con las escalas utilizadas, puesto que el bajo nivel educativo pudo

haber generado confusión en la comprensión de ítems formulados de manera negativa, como se evidenció en los análisis factoriales confirmatorios. Es por esto, que valdría la pena en futuras investigaciones evaluar la relevancia del uso estos ítems al momento de evaluar población mayor con un bajo nivel educativo, que para el caso colombiano correspondería a la mayoría de las personas que actualmente son viejas. Por la misma línea, el uso de modelos de medición modificados no representan en su totalidad la propuesta teórica de los autores originales de las escalas, sin embargo, estos modelos fueron los que mejor se ajustaban a los datos obtenidos. Estos hallazgos brindan información y recomendaciones a los profesionales sobre las características psicométricas de las escalas usadas para su implementación en población mayor colombiana.

Otra de las limitaciones es no haber incluido una variable de personalidad, debido a que el NEO-FFI no mostró un adecuado ajuste. Por lo tanto, no se pudo explorar si la personalidad se asociaba al bienestar subjetivo de los mayores como se ha reportado en diversos estudios (Diener y Diener, 1995; Diener et al., 2003; Keyes et al., 2002; Schimmack et al., 2002). Por último, el instrumento utilizado para medir apoyo social no cuenta con validaciones de constructo conocidas y por la naturaleza del instrumento parece no poderse evaluar a través de un análisis factorial confirmatorio, por lo que no se logró evaluar la validez de constructo de esta escala.

A pesar de las limitaciones el presente estudio tiene varias ventajas. Una es que es el primer estudio en Colombia que propone a través de esta metodología un modelo de determinantes de bienestar subjetivo en la vejez, que además evalúa los tres componentes del BS, teniendo en cuenta que en general los estudios solo evalúan algunos de sus componentes. Al ser pionero, se espera que los resultados ayuden brindar información sobre nuestros mayores, lo que puede configurarse en una herramienta para que desde la psicología se orienten estrategias de intervención que promuevan bienestar o algunos de sus determinantes. Por último, se espera que los resultados puedan ser usados para el mejoramiento de las políticas públicas sobre envejecimiento y vejez en Colombia, para garantizar que estas se basen en modelos con datos colombianos y no adoptar modelos desarrollados en contextos diferentes.

Capítulo 8
Conclusiones

A continuación, se presentan las principales conclusiones del estudio.

1. La satisfacción vital favorece la salud mental positiva y la adaptación del sujeto al envejecimiento ya que muestra relaciones positivas con la resiliencia, las dimensiones del bienestar psicológico, el afrontamiento orientado hacia el problema y el apoyo social, y su relación es negativa con las estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción que tienen carácter desadaptativo.

2. El afecto negativo no favorece la adaptación del sujeto al envejecimiento dado que muestra relaciones negativas con la resiliencia y las dimensiones del bienestar psicológico, pero positivas con el afrontamiento de tipo emocional.

3. Existen diferencias según variables sociodemográficas para las dimensiones del bienestar subjetivo, destacando:

- mayor satisfacción vital y menor afecto negativo de los hombres;
- mayor satisfacción con la vida de los sujetos con un NSE más alto;
- diferencias en el componente afectivo del bienestar, en el que las personas de NSE bajo presentaron mayor afecto positivo que los participantes con un NSE medio, quienes a su vez presentaron menor afecto positivo que aquellos con un NSE alto.
- no hubo diferencias en el afecto positivo entre personas de NSE bajo y NSE alto.

4. El bienestar psicológico en su dimensión de crecimiento personal muestra diferencias significativas con puntuaciones más elevadas en el grupo de 57 a 69 que en el de los más mayores (80 años y más), aunque con un bajo tamaño del efecto.

5. Las mujeres obtuvieron significativamente mayores puntuaciones en las estrategias de afrontamiento orientado a la emoción y los hombres en las estrategias orientadas al problema.

6. La autofocalización negativa aumenta con la edad.

7. La escala de bienestar subjetivo de Diener (1999) y la de Resiliencia BRCS obtuvieron adecuados índices de ajuste, es por esto que ambas escalas se consideran herramientas de evaluación válidas y confiables para que sean usadas en población mayor colombiana.

8. Los análisis de las escalas PANAS, mostraron un ajuste adecuado solo para la escala de rasgo. Por lo tanto, se recomienda realizar nuevos estudios para las escalas de estado, ya que los resultados confirman la estructura independiente de afecto positivo y afecto negativo.

9. Las Escalas de Bienestar Psicológico lograron los índices esperados solo para las dimensiones de dominio del ambiente, auto-aceptación, propósito en la vida y crecimiento personal. Los factores de autonomía y relaciones positivas con otros no obtuvieron el ajuste esperado.

10. El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés muestra un ajuste adecuado para un modelo de primer orden con siete factores, aunque el modelo que obtuvo los valores esperados, no incluyó cuatro ítems.

11. Se recomienda realizar nuevos análisis de validez de constructo del inventario NEO-FFI antes de ser usado como una herramienta clínica o investigativa en población mayor colombiana puesto que no se logró un ajuste adecuado, incluso después de incluir modificaciones a los modelos.

12. Los hallazgos de este estudio contribuyen al amplio debate sobre las dificultades asociadas al uso de ítems formulados de forma negativa. En esta investigación estos reactivos mostraron bajas cargas factoriales y en ocasiones no fueron significativos.

13. El estudio logra comprobar que existen variables psicológicas y sociales específicas asociadas a las dimensiones del bienestar subjetivo.

14. El modelo de ecuaciones estructurales final propone que la satisfacción vital está determinada por el afecto positivo, las dimensiones de auto-aceptación, dominio del entorno y propósito en la vida del bienestar psicológico, con la satisfacción con el apoyo social, el vivir con alguien y el NSE. El afecto positivo de rasgo está determinado por la resiliencia, las dimensiones del bienestar psicológico propósito en la vida, crecimiento personal y la estrategia de focalización positiva. Mientras que el afecto negativo se asocia de manera inversamente proporcional con la satisfacción con la vida y directamente proporcional con las estrategias de afrontamiento de expresión emocional, autofocalización negativa y religión.

15. Se presentaron adicionalmente relaciones entre las variables que determinan el bienestar subjetivo. La resiliencia se relacionó positivamente con las cuatro dimensiones del bienestar psicológico, mientras que la estrategia de afrontamiento de auto-focalización negativa se relacionó negativamente con las dimensiones de crecimiento personal y dominio del entorno.

16. La estrategia de focalización hacia el problema y propósito en la vida mostraron una relación significativa y positiva.

17. El NSE se encontró como determinante solamente de la satisfacción vital, mas no del componente afectivo.

18. El apoyo social se relacionó con la satisfacción vital más no con el componente afectivo del bienestar subjetivo, esto permite concluir que no necesariamente el tamaño de la red social y la frecuencia de contacto es la que genera bienestar, sino más bien la valoración subjetiva sobre la calidad del apoyo y su satisfacción con este.

19. Los resultados evidencian una relación entre el bienestar psicológico y el subjetivo, la auto-aceptación, el dominio del ambiente y el propósito en la vida se relacionaban tanto con el componente afectivo como cognitivo del bienestar subjetivo, mientras que la dimensión de crecimiento personal se relacionó exclusivamente con el afecto positivo.

20. El afrontamiento se asoció con el afecto positivo y afecto negativo, siendo la estrategia focalizado hacia el problema determinante del afecto positivo, mientras que las

estrategias de auto-focalización negativa, religión y expresión emocional abierta se relacionaron de manera directamente proporcional con el afecto negativo.

21. La resiliencia se encontró asociada solamente al afecto positivo más no con la satisfacción vital.

22. Existen relaciones positivas entre la resiliencia y las cuatro dimensiones del bienestar psicológico incluidas en el modelo (dominio del ambiente, auto-aceptación, propósito en la vida y crecimiento personal).

Capítulo 9
Referencias

- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., Wadsworth, M. E. J. y Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 76.
- Adler, N. E. y Snibbe, A. C. (2003). The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4), 119–123.
- Aguerre, C. y Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 22, 1146-1162.
- Akiyama, H., Antonucci, T., Takahashi, K. y Langfahl, E. S. (2003). Negative interactions in close relationships across the life span. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), 70–79.
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2010). *Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010-2025*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Aldwin, C. M. y Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337–348.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Almeida, D. M. (2013). Resilience and vulnerability to daily stressors assessed via diary methods. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 64–68.
- American Psychological Association y Task Force on Socioeconomic Status. (2007). *Report of the APA Task Force on Socioeconomic Status*. Washington, D.C. Retrieved from

<http://www.apa.org/topics/socioeconomic-status/>

- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J. y Birditt, K. S. (2014). The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *Gerontologist*, 54(1), 82–92.
- Antonucci, T. C., Lansford, J. E. y Akiyama, H. (2001). Impact of positive and negative aspects of marital relationships and friendships on well-being of older adults. *Applied Developmental Science*, 5(2), 68–75.
- Arber, S., Fenn, K. y Meadows, R. (2014). Subjective financial well-being, income and health inequalities in mid and later life in Britain. *Social Science and Medicine*, 100, 12–20.
- Arias, C. J. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia , los amigos y la comunidad. *Revista Kairós Gerontología*, 16(4), 313–329.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12, 314-319.
- Avis, N. E., Brambilla, D. J., Vass, K. y McKinlay, J. B. (1991). The effect of widowhood on health: A prospective analysis from the Massachusetts women’s health study. *Social Science and Medicine*, 33(9), 1063–1070.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life span developmental psychology: On the dynamics of growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. B. y Baltes M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge: University Press.
- Bandura, A. (1987). Capítulo 9: Autoeficacia. En A. Bandura (Ed.), *Pensamiento y Acción: Fundamentos sociales*. Barcelona, España: Ediciones Martinez Roca S.A.
- Barnette, J. J. (2000). Effects of stem and likert response option reversals on survey internal consistency: If you feel the need, there is a better alternative to using those negatively worded stems. *Educational and Psychological Measurement*, 60(3), 361–370.
- Bastian, B., Kuppens, P., De Roover, K. y Diener, E. (2014). Is valuing positive emotion associated with life satisfaction? *Emotion*, 14(4), 639–45.
- Baumman, S., Harrison, A. y Waldo, M. (2001). Resilience in the oldest-old. *Counseling and Human Development*, 34(2), 1–20.

-
- Benight, C. y Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavioural Research and Therapy*, 42, 1129-1148.
- Bennett, K. M. (2005). Psychological wellbeing in later life: The longitudinal effects of marriage, widowhood and marital status change. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(3), 280–284.
- Bennett, K. M. (2010). How to achieve resilience as an older widower: Turning points or gradual change? *Ageing and Society*, 30, 369-381.ç
- Bennett, K. M., Hughes, G. M. y Smith, P. T. (2005). Psychological response to later life widowhood: Coping and the effects of gender. *Omega*, 51(1), 33–52.
- Bennett, K. M., Reyes-Rodriguez, M. F., Altamar, P. y Soulsby, L. K. (2016). Resilience amongst Older colombians living in poverty: An ecological approach. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 31, 1–23.
- Bennett, K. M. y Soulsby, L. K. (2012). Wellbeing in bereavement and widowhood. *Illness, Crisis, & Loss*, 20(4), 321–337.
- Bennett, K. M., Stenhoff, A., Pattinson, J. y Woods, F. (2010). “Well if he could see me now”: The facilitators and barriers to the promotion of instrumental independence following spousal bereavement. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(3), 215–234.
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Decker, O., Fischbeck, S. y Brähler, E. (2009). Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. *Menopause*, 16(6), 1132–1138.
- Biswas-Diener, R. (2008). Material wealth and subjective well-being. En M. Eid y R. Larsen, (Eds), *The science of subjective well-being* (pp. 195-219). New York, New York: The Guildford Press.
- Birditt, K. y Fingerman, K. (2005). Do we get better at picking our battles? Age group differences in descriptions of behavioral reactions to interpersonal tensions. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences y Social Sciences*, 60, 121-128.
- Block, J. y Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behaviour. En W. A. Collins (Ed). *Development of cognition, affect, and social*
-

- relations: The Minnesota Symposia on Child Psychology (Volume 13 pp. 39-101)*. New York, New York: Psychology Press.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28.
- Bonanno, G. A. y Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591–612.
- Bonanno, G. A., Field, N. P., Kovacevic, A. y Kaltman, S. (2002). Self-Enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in bosnia and traumatic loss in the United States. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(2), 184–196.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M. y Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The agility to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15, 482–487.
- Bonanno, G. A., Papa, A. y O’Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and Preventive Psychology*, 10(3), 193–206.
- Bonanno, G. A., Pat-Horenczyk, R. y Noll, J. (2011). Coping flexibility and trauma: The perceived ability to cope with trauma (PACT) scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(2), 117–129.
- Brandtstädter, J. y Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117–150.
- Browne, C. V, Mokuau, N. y Braun, K. L. (2009). Adversity and resiliency in the lives of Native Hawaiian elders. *The Social Worker*, 54(3), 253–261.
- Bowling, A. y Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ*, 331(7531), 1548–51.
- Burns, R. A. y Machin, M. A. (2010). Identifying gender differences in the independent effects of personality and psychological well-being on two broad affect components of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 48(1), 22–27.

-
- Byrne, B. (2012). *Structural Equation Modeling with MPlus: Basic concepts, applications and programming*. New York, NY: Routledge.
- Cacioppo, J., Hawkey, L., Kalil, A., Hughes, M., Waite, L. y Thisted, R., (2008). Happiness and the invisible threads of social connection: The Chicago health, aging and social relations study. En M. Eid y R. Larsen (Eds). *The science of subjective well-being* (pp. 195-219). New York, New York: The Guildford Press.
- Camacho, A. (2006). *Narcotráfico: Europa, Estados Unidos , América Latina* . Bogotá: Obreal, Comisión Europea, Universidad de los Andes.
- Camargo, B. (2004). Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista Médico Científica*, 17(2), 78–86.
- Campos, B., Schetter, C. D., Abdou, C. M., Hobel, C. J., Glynn, L. M. y Sandman, C. A. (2008). Familialism, social support, and stress: positive implications for pregnant Latinas. *Cultural Diversity y Ethnic Minority Psychology*, 14(2), 155–162.
- Campos, M., Iraurgi, J., Paéz, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, (82), 25–44.
- Cárdenas, A. y López, L. (2010). Analysis matrix of resilience in the face of disability, old age and poverty. *Part of a Special Section: Measurement Issues in Ageing, Education, and Disability*, 57(2), 175–189.
- Carrobbles, J. A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*. 15(3), 420-426.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology & Aging*, 7, 331-338.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151–156.
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U. y Nesselroade, J. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Peronality and Social Psychology*, 79(4), 644–655.
-

- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U. y Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality & Social Psychology*, 79, 644-655.
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(56), 267-283.
- Castellano-Fuentes, C. L. (2014). Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377.
- Charles, S. T., Charles, S. T., Piazza, J. R. y Piazza, J. R. (2009). Age differences in affective well-being: Context matters. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 711-724.
- Cheng, C., Lau, H.-P. B. y Chan, M. P. S. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1582-1607.
- Cheng, S. T. (2004). Age and subjective well-being revisited: A discrepancy perspective. *Psychology and Aging*, 19(3), 409-415.
- Cho, J., Martin, P., Poon, L. W., Jazwinski, S. M., Robert, C. G., Marla, G., ... y Davey, A. (2015). Successful aging and subjective well-being among oldest-old adults. *Gerontologist*, 55(1), 132-143.
- Chyi, H. y Mao, S. (2012). The Determinants of happiness of China's elderly population. *Journal of Happiness Studies*, 13(1), 167-185.
- Cohen, S., Gottlieb, B. y Underwood, L. (2000). *Social relationship and health. Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists*. New York, New York: Oxford University Press
- Cohen, S. y Syme, L. (1985). Issues in the study and application of social support. En L. Cohen y S. Sheldon (Eds.), *Social support and health* (pp. 3-22). San Francisco: Academic Press.

-
- Comblain, C., D'Argembeau, A. y Van der Linden, M. (2005). Phenomenal characteristics of autobiographical memories for emotional and neutral events in older and younger adults. *Experimental Aging Research*, 31, 173-189.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL (2010). *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir*. Brasilia: CEPAL. Recuperado de: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/13309-la-hora-la-igualdad-brechas-cerrar-caminos-abrir-trigesimo-tercer-periodo>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - CELADE (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas*. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. y Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127.
- Compton, W., Smith, M., Cornish, K. y Qualls, D. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(2), 406-413.
- Congreso de la República de Colombia (1994). *Ley 142 de 1994 Por la cual se establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Congreso de la República.
- Costa P. T. y McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO personality inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5-13.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1999). *Inventario de Personalidad Neo Revisado (NEO PI-R). Inventario de Cinco Factores NEO (NEO-FFI)*. Manual. Madrid: TEA.
- Coyne, J. C. (2013). Highly correlated hedonic and eudaimonic well-being thwart genomic analysis. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 66(6), 868-875.
- Crăciun, B. (2013). Coping Strategies, self-criticism and gender factor in relation to quality of life. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 466–470.
- Crawford, J. R. y Henry, J. D. (2004). The positive and negative affect schedule (PANAS):
-

- Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 43, 245–265.
- Creswell, J., Clark, V., Gutmann, M. y Hanson, W. (2006). Advanced mixed methods research designs. En A. Tashakkori y C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Londres: SAGE.
- Daatland, S. O. y Hansen, T. (2007). Well-being, control and ageing: An empirical assessment. In H. Mollenkopf y A. Walker (Eds.), *Quality of Life in Old Age: International and Multi-Disciplinary Perspectives* (pp. 33–47). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K. y Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479–495.
- Deci, E. y Ryan, R. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of happiness studies*, 9, 1-11.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2005). *Colombia censo general 2005: Nivel nacional*. Tomado de <http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2014). *Colombia censo general 2005: Nivel nacional*. Tomado de <http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2016). *Boletín técnico: Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2015*. Bogotá, D.C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_15_.pdf
- De Vos, S. (2005). Indicating socioeconomic status among elderly people in developing societies: An example from Brazil. *Social Indicators Research*, 73(1), 87–108.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572–577.

-
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 34–43.
- Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *American Psychologist*, 67(8), 590–597.
- Diener, E. y Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research*, 57, 119–169.
- Diener, E. y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653–663.
- Diener, E., Diener, M. y Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 851–864.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 5, 164–172.
- Diener, E., Lucas, R. y Scollon, C. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61(4), 305–314.
- Diener, E. y Oishi, S. (2000). Money and happiness: Income and subjective well-being across nations. En E. Diener y E. M. Suh (Eds.), *Culture and Subjective Well-Being* (pp. 186–218). Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403–425.
- Diener, E. y Suh, E. (2000). Measuring subjective well-being to compare the quality of life of cultures. En E. Diener y E. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
- Disabato, D. J., Goodman, F. R., Kashdan, T. B., Short, J. L. y Jarden, A. (2016). Different types of well-being? A cross-cultural examination of hedonic and eudaimonic well-being. *Psychological Assessment*, 28(5), 471–482.
- Dohrenwend, B. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology:
-

- Toward resolution of the problem intracategory variability, *132*(3), 477–495.
- Dolan, P., Peasgood, T. y White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, *29*, 94–122.
- Donnellan, W. J., Bennett, K. M. y Soulsby, L. K. (2014). What are the factors that facilitate or hinder resilience in older spousal dementia carers? A qualitative study. *Aging & Mental Health*, *19*(10), 932-939..
- Drummond, S. y Brough, P. (2016). Proactive coping and preventive coping : Evidence for two distinct constructs ? *Paid*, *92*, 123–127.
- Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J. y Avlund, K. (1999). Social relations: Network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*, *48*(5), 661–673.
- Dulcey-Ruiz, E. (2015). *Envejecimiento y vejez: categorías conceptuales*. Bogotá, D.C.: Red Latinoamericana de Gerontología – Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano.
- Dulcey-Ruiz, E., Arrubla, D. y Sanabria, P. (2013). *Envejecimiento y vejez: E*Estudios a Profundidad encuesta ENDS. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/3%20-%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Easterlin, R. (1995). Will raising the Income of all increase the Happiness of all? *Journal of Economic Behaviour and Organization*, *27*(27), 35–47.
- Eid, M. (2008). Measuring the Immeasurable: Psychometric modeling of subjective well-being data. En M. Eid y Larsen, R. (Eds). *The science of subjective well-being* (pp.141-170). New York, New York: The Guildford Press.
- Erikson, E. (1950). *The life cycle completed: A review*. New York: Norton.
- Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, *1*, 18-164.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Espinosa Méndez, J. C., Contreras Torres, F. V. y Esguerra Pérez, G. A. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, *8*, 311-322.
- English, T. y Carstensen, L. L. (2014). Selective narrowing of social networks across

-
- adulthood is associated with improved emotional experience in daily life. *International Journal of Behavioral Development*, 38(2), 195–202.
- Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha (2015). *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones*. Bogotá: Editorial Fundación Saldarriaga Concha.
- Fergus, S. y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent Resilience: A Framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review Public Health*, 26, 399–419.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente. Un reto para todos*. Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención. Barcelona: AMG.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging. The contribution of psychology*. Gottingen: Hogrefe y Huber.
- Fernández-Ballesteros (2009). *Psicología de la vejez: Una psicogerontología aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., García, L. F., Abarca, D., Blanc, E., Efklides, A., Moraitou, D., ... y Patricia, S. (2010). The concept of “ageing well” in ten Latin American and European countries. *Ageing and Society*, 30(1), 41–56.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. y Macía, A. (1997). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS*. 4th ed. London: SAGE.
- Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*. Málaga: Archidona Aljibe.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839–852.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466–475.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R. J. (1986). Dynamisc of a Stressful Encounter: Cognitive appraisal, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992–1003.
-

- Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas - UNFPA y HelpAge International (2012). *Envejecimiento en el siglo XXI: una celebración y un desafío*. Nueva York, NY: UNFPA y HelpAge International.
- Fortin, N., Helliwell, J. y Wang, S. (2015). How does subjective well-being vary around the world by gender and age? En J. Helliwell, R. Layard y J. Sachs (Eds). *World happiness report 2015* (pp. 42-74). Recuperado de http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2015/04/WHR15_Sep15.pdf
- Frankl, V. E. y Lasch I. (1992). *Man's search for meaning: An Introduction to logotherapy*. Boston, MA: Beacon Press.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M. y Bourassa, M. G. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, *101*(16), 1919–24.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, *56*(3), 218-226.
- Fredrickson, B., Tugade, M., Waugh, C. y Larkin, G. (2003). What are positive emotions in crises? a prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of personality and social psychology*, *84*(2), 365-476.
- Fry, P. S. (1998). Spousal loss in late life: A 1-year follow-up of perceived changes in life meaning and psychosocial functioning following bereavement. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, *3*, 369–391.
- Fuller, B. y García Coll, C. (2010). Learning from Latinos: Contexts, families, and child development in motion. *Developmental Psychology*, *46*(3), 559–65.
- Fuller-Iglesias, H. R., Webster, N. J. y Antonucci, T. C. (2015). The complex nature of family support across the life span: Implications for psychological well-being. *Developmental Psychology*, *51*(3), 277–288.
- Gallo, L. C., Bogart, L. M., Vranceanu, A. M. y Matthews, K. A. (2005). Socioeconomic status, resources, psychological experiences, and emotional responses: A test of the

-
- reserve capacity model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(2), 386–399.
- Gallo, D. A., Korthauer, L. E., McDonough, I. M., Teshale, S. y Johnson, E. L. (2011). Age-related positivity effects and autobiographical memory detail: Evidence from a past/future source memory task. *Memory*, 19, 641-652.
- Gallo, L. C. y Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129(1), 10–51.
- Gallo, L. C., Matthews, K. A., Kuller, L. H., Sutton-Tyrrell, K. y Edmundowicz, D. (2001). Educational attainment and coronary and aortic calcification in postmenopausal women. *Psychosomatic Medicine*, 63(6), 925–35.
- Gallo, L. C., Penedo, F. J., Espinosa De Los Monteros, K. y Arguelles, W. (2009). Resiliency in the face of disadvantage: Do hispanic cultural characteristics protect health outcomes? *Journal of Personality*, 77(6), 1707–1746.
- Gallo, L. C., Smith, T. W. y Cox, C. M. (2006). Socioeconomic status, psychosocial processes, and perceived health: an interpersonal perspective. *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 31(2), 109–119.
- Gan, Y., Yang, M., Zhou, Y. y Zhang, Y. (2007). The two-factor structure of future-oriented coping and its mediating role in student engagement. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 851–863.
- Garay, S., Redondo, N. y Montes de Oca, V. (2012). Cambios en los hogares con población envejecida en Argentina y México: algunas aproximaciones a las transformaciones familiares derivadas de la transición demográfica. En N. Redondo y S. Garay (Eds). *El envejecimiento en América Latina: evidencia empírica y cuestiones metodológicas*. Rio de Janeiro: Asociación Latinoamericana de Población.
- Giarrizzo, V. (2009). Bienestar económico más allá del crecimiento. *Economía*, 34(28), 9-34.
- Glass, T. A., Mendes De Leon, C. F., Bassuk, S. S. y Berkman, L. F. (2006). Social Engagement and Depressive Symptoms in Late Life. *Journal of Aging and Health*, 18(4), 604–628.
- Gignac, G. E., Bates, T. C. y Jang, K. L. (2007). Implications relevant to CFA model misfit,
-

- reliability, and the five-factor model as measured by the NEO-FFI. *Personality and Individual Differences*, 43(5), 1051–1062.
- Gómez, V., De Posada, C. V., Barrera, F. y Cruz, J. E. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 311–325.
- Gonzalez-Celys, A. L. (2009). *Evaluación en psicogerontología*. México: Manual Moderno.
- González, M. T. y Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Validación en una muestra Mexicana. The Coping Stress Questionnaire (CAE): Validation in a Mexican sample. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 12(3), 189–198.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J. y Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 262–270.
- Gouveia, V. V., Milfont, T. L., da Fonseca, P. N. y de Miranda Coelho, J. A. P. (2009). Life satisfaction in Brazil: Testing the psychometric properties of the Satisfaction With Life Scale (SWLS) in five Brazilian samples. *Social Indicators Research*, 90, 267–277.
- Gow, A. J., Pattie, A., Whiteman, M. C., Whalley, L. J. y Deary, I. J. (2007). Social Support and Successful Aging. *Journal of Individual Differences*, 28(3), 103–115.
- Grady, K. L., Andrei, A. C., Li, Z., Rybarczyk, B., White-Williams, C., Gordon, R. y McGee, E. C. (2016). Gender differences in appraisal of stress and coping 5 years after heart transplantation. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 45(1), 41–47.
- Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Götestam Skorpen, C. y Hsu, A. Y. (1997). Emotion and aging: experience, expression, and control. *Psychology y Aging*, 12, 590-599.
- Gruenewald, T., Mroczek, D., Ryff, C. y Singer, B. (2008). Diverse pathways to positive and negative affect in adulthood and later life: An Integrative approach using recursive partitioning. *Developmental Psychology*, 44, 330-343.
- Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2013). *Forensis*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina

Legal.

- Gurung, R. A. R., Taylor, S. E. y Seeman, T. E. (2003). Accounting for changes in social support among married older adults: insights from the MacArthur Studies of Successful Aging. *Psychology and Aging, 18*(3), 487–496.
- Gutiérrez, M., Serra, E. y Zacaes, J. J. (2006). *Envejecimiento óptimo. Perspectivas desde la psicología del desarrollo*. Valencia: Promolibro.
- Guzmán, J. M., Huenchan, S. y Montes de Oca, V. (2003). *Notas de Población, 29*(7), 35–70.
- Hall, N., Anderson, J. y O`Grady, M. (1994). Stress and immunity in humans: Modifying variables. *Handbok of human stress and immunity* (pp. 183-209). USA: Academic Press
- Hanevold, G., Corazzini, K. y Selbæk, G. (2016). Are coping strategies and locus of control orientation associated with health-related quality of life in older adults with and without depression? *Archives of Gerontology and Geriatrics, 64*(7491), 130–137.
- Harris, P. B. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: the undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *International Journal of Aging y Human Development, 67*(1), 43–61.
- Harris, P. B. y Keady, J. (2008). Wisdom, resilience and successful aging: Changing public discourses on living with dementia. *Dementia, 7*(1), 5–8.
- Havighurst, R. (1961). Successful aging. *Gerontologist, 1*, 8-13.
- Haybron, D. (2008). Philosophy and the science of subjective well-being. En M. Eid y Larsen, R. (Eds). *The science of subjective well-being* (pp. 18-43). New York, New York: The Guildford Press.
- Heisel, M. J. y Flett, G. L. (2008). Psychological resilience to suicide ideation among older adults. *Clinical Gerontologist, 31*(4), 51–70.
- Helliwell, J. F., Huang, H. y Wang, S. (2016). The distribution of world happiness. En *The World Happiness Report 2016 Update* (p. 42). Recuperado de: http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2016/03/HR-V1Ch2_web.pdf
- Helliwell, J. Layard, R. y Sachs, J. (2015). *World happiness report 2015* (pp. 42-74). Recuperado de <http://worldhappiness.report/wp->
-

content/uploads/sites/2/2015/04/WHR15_Sep15.pdf

- Henriques, G., Kleinman, K. y Asselin, C. (2014). The Nested Model of Well-Being: A unified approach. *Review of General Psychology, 18*(1), 7–18.
- Herbert, R., Zdaniuk, Schulz, R. y Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine, 12*(6), 537-545.
- Hermesen, L. A. H., van der Wouden, J. C., Leone, S. S., Smalbrugge, M., van der Horst, H. E. y Dekker, J. (2016). The longitudinal association of cognitive appraisals and coping strategies with physical functioning in older adults with joint pain and comorbidity: a cohort study. *BMC Geriatrics, 16*(1), 29.
- Herrera, A., Lee, J., Nanyonjo, R., Laufman, L. y Torres-Vigil, I. (2009). Religious coping and caregiver well-being in Mexican-American families, *Aging and Mental Health, 12*(1), 84-91.
- Holmes, H. H. y Rahe, R. H. (1967). The Social Reajustment Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213–218.
- Howell, R. T. y Howell, C. J. (2008). The relation of economic status to subjective well-being in developing countries: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 134*(4), 536–560.
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods, 3*(4), 424–453.
- Hu, T., Zhang, D. y Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences, 76*, 18–27.
- Hubbard, R. E., Goodwin, V. a., Llewellyn, D. J., Warmoth, K. y Lang, I. A. (2014). Frailty, financial resources and subjective well-being in later life. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 58*(3), 364–369.
- Huenchan, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: la hora de avanzar hacia la igualdad*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Huenchan, S., Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – CELADE y Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2011). *Modulo 1: hacia un*

-
- cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Huey, S. J. y Weisz, J. R. (1997). Ego Control , Ego Resiliency , and the Five-Factor Model as predictors of behavioral and emotional problems in clinic-referred children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*(3), 404–415.
- Hungerford, T. L. (2001). The economic consequences of widowhood on elderly women in the United States and Germany. *The Gerontologist*, *41*(1), 103–110.
- Hunt, S., Wisocki, P. y Yanko, J. (2003). Worry and use of coping strategies among older and younger adults. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*(5), 547–560.
- Huta, V. y Ryan, R. (2010). Pursing pleasure or virtue: the differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*, *11*, 735–762.
- 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.
- Inga-Aranda, J. y Vara-Horna, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, *5*(3), 475–485.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Ju, H., Shin, J. W., Kim, C. W., Hyun, M. H. y Park, J. W. (2013). Mediation effect of meaning in life on the relationship between optimism and well-being in community elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *56*(2), 309–313.
- Kahn, R. L. y Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. en P. B. Baltes y O. Brim (Eds.), *Life-span Development and Behavior* (pp. 253–286). Boston: Lexington.
- Kállay, É. y Rus, C. (2014). Psychometric properties of the 44-item version of Ryff's psychological well-being scale. *European Journal of Psychological Assessment*, *30*(1), 15–21.
- Kaplan, G. A., Shema, S. J. y Leite, C. M. A. (2008). Socioeconomic determinants of
-

- psychological well-being: The role of income, income change, and income sources during the course of 29 years. *Annals of Epidemiology*, 18(7), 531–537.
- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R. y King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: the costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology*, 3(4), 219–233.
- Kato, T. (2012). Development of the Coping Flexibility Scale: Evidence for the coping flexibility hypothesis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), 262–273.
- Kennedy, Q., Mather, M. y Carstensen, L. L. (2004). The role of motivation in the age-related positivity effect in autobiographical memory. *Psychological Science: A Journal of the American Psychological Society / APS*, 15(3), 208–214.
- Keyes, C., Shmotkin, D. y Ryff, C. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Kim, Y. H., Cai, H., Gilliland, M., Chiu, C. Y., Xia, S. y Tam, K. P. (2012). Standing in the glory or shadow of the past self: Cultures differ in how much the past self affects current subjective well-being. *Emotion*, 12, 1111-1117.
- Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T. y Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 537-547.
- Kinsella, K. (2009). Global perspectives on the demography of aging. En J. Sokolovsky (Ed), *The cultural context of aging: Worldwide perspectives* (13-29). Westport, AN: Praeger.
- Koren, C. y Lowenstein, A. (2008). Late-life Widowhood and Meaning in Life. *Ageing International*, 32, 140–155.
- Kraaij, V., Arensman, E. y Spinhoven, P. (2002). Negative life events and depression in elderly persons: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, 87–94.
- Krause, N. (2003). Religious meaning and subjective well-being in late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences. The Gerontological Society of America*, 58, 160–170.
- Krause, N. (2005). Exploring age differences in the stress-buffering function of social support. *Psychology and Aging*, 20, 714–717.

-
- Kunzmann, U. y Grühn, D. (2005). Age differences in emotional reactivity: The sample case of sadness. *Psychology and Aging, 20*, 47–59.
- Kuppens, P., Realo, A. y Diener, E. (2008). The role of positive and negative emotions in life satisfaction judgment across nations. *Journal of Personality and Social Psychology, 95*, 66–75.
- Kwan, V. S. Y., John, O. P., Kenny, D. A., Bond, M. H. y Robins, R. W. (2004). Reconceptualizing individual differences in self-enhancement bias: an interpersonal approach. *Psychological Review, 111*, 94–110.
- Labouvie-Vief, G., Grühn, D. y Studer, J. (2010). Dynamic integration of emotion and cognition: Equilibrium regulation in development and aging. En M. Lerner, M. E. Lamb y A. M. Freund (Eds). *The handbook of life-span development, Vol 2: Social and emotional development* (pp. 79-115). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lamond, A. J., Depp, C. A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., ... y Jeste, D. V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research, 43*(2), 148–154.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Rajagopal, D. y Dean, J. (1992). Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology & Aging, 7*, 171-184.
- Lawton, M., Rajagopal, D., Brody, E. y Kleban, M. (1992). Instrumental Activities of Daily Living Scale. *Journal of Gerontology, 4*, 5156-5164.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New Cork: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality, 1*, 141–169.
- Lazarus, R. S. y DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *The American Psychologist, 38*(3), 245–254.
- Lehr, U. y Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud. Proceso de aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder.
- Leira-Permuy, M. S. (2011). *Manual de Bases biológicas del Comportamiento Humano*.
-

Montevideo: Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR).

- Levasseur, M. y Couture, M. (2015). Coping strategies associated with participation and quality of life in older adults. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie*, 82(1), 44–53.
- Liao, C. C., Li, C. R., Lee, S. H., Liao, W. C., Liao, M. Y., Lin, J., ... y Lee, M. C. (2015). Social support and mortality among the aged people with major diseases or ADL disabilities in Taiwan: A national study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(2), 317–321.
- Lin, C. C. (2016). The roles of social support and coping style in the relationship between gratitude and well-being. *Personality and Individual Differences*, 89, 13–18.
- Lin, N. (1986). *Conceptualizing social support. Social support, life events and support*. Academic Press Inc.
- Lindfors, P., Berntsson, L. y Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences*, 40, 1213–1222.
- Litwin, H. y Landau, R. (2000). Social network type and social support among the old-old. *Journal of Aging Studies*, 14(2), 213–228.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. y Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 527–539.
- Luque, L. E., González, C. V. y Burba, C. P. (2005). *Estudio Descriptivo y Comparativo de Autoeficacia en Adultos Mayores*. Buenos Aires.
- Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–55.
- Lyyra, T. M. y Heikkinen, R. L. (2006). Perceived social support and mortality in older people. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(3), S147-52.
- Maltby, J. y Day, L. (2003). Religious orientation, religious coping and appraisals of stress:

-
- Assessing primary appraisal factors in the relationship between religiosity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 34(7), 1209–1224.
- Mamta y Sharma, N. R. (2013). Resilience and self-efficacy as correlates of well-being among the elderly persons. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 39(2), 281.
- Mancini, A. D. y Bonanno, G. A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *Journal of Personality*, 77(6), 1805–1832.
- Manor, O. y Eisenbach, Z. (2003). Mortality after spousal loss: Are there socio-demographic differences? *Social Science and Medicine*, 56(2), 405–413.
- Manzoli, L., Villari, P., M Pirone, G. y Boccia, A. (2007). Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Social Science y Medicine*, 64(1), 77–94.
- Markides, K. S. y Eschbach, K. (2005). Aging, migration, and mortality: Current status of research on the hispanic paradox. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60 (Special Issue 2), S68–S75.
- Martinson, M. y Berridge, C. (2015). Successful aging and its discontents: A systematic review of the social gerontology literature. *Gerontologist*, 55(1), 58–69.
- Maslow, A. (1954). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *The American Psychologist*, 56(3), 227–238.
- Masten, A. S. y Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. En S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp.1-25). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Mather, M. y Carstensen, L. L. (2003). Aging and attentional biases for emotional faces. *Psychological Science*, 14, 409-415.
- Matthews, K. A., Gallo, L. C. y Taylor, S. E. (2010). Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Annals of the New York Academy of Sciences*.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and*
-

Individual Differences, 37(7), 1401–1415.

McCrae, R. R. y Costa, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, 36, 587–596.

McMahan, E. A. y Renken, M. D. (2011). Eudaimonic conceptions of well-being, meaning in life, and self-reported well-being: Initial test of a mediational model. *Personality and Individual Differences*, 51(5), 589–594.

Melchiorre, M., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., ... y Soares, J. (2013). Social Support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven european countries. *Plos one (1)*, 8, e 548856.

Meléndez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P. y Tomás, J. M. (2012). Coping strategies: Gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1089–1098.

Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2009). Análisis de la estructura y funciones de las redes sociales en la vejez mediante la entrevista Manheim de apoyo social. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 19(1), 6–11.

Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A. y Navarro, E. (2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 291–295.

Mella, R., González, L., D'Appolonia, J., Maldonado, I., Fuenzalida A. y Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé*, 13(1), 79-89

Melnick, S. A. y Gable, R. K. (1990). The use of negative item stems: A cautionary note. *Educational Research Quarterly*, 14(3), 31–36.

Mendoza-Núñez, V. y Martínez-Maldonado, M. (2009). Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM). En González-Celis, A. (Ed.) *Evaluación en Psicogerontología* (pp. 95-112). México: Manual Moderno.

Merz, E. L. y Roesch, S. C. (2011). Modeling trait and state variation using multilevel factor analysis with PANAS daily diary data. *Journal of Research in Personality*, 45(1), 2–9.

Mikels, J. A., Larkin, G. R., Reuter-Lorenz, P. A. y Cartensen, L. L. (2005). Divergent

-
- trajectories in the aging mind: changes in working memory for affective versus visual information with age. *Psychology and Aging*, 20(4), 542–553.
- Mills, T. L. y Henretta, J. C. (2001). Racial, ethnic, and sociodemographic differences in the level of psychosocial distress among older americans. *Research on Aging*, 23, 131–152.
- Mina, L. (2004). Estratificación socioeconómica como instrumento de focalización. *Economía y Desarrollo*, 3, 54-67.
- Ministerio del Trabajo (2013). *Manual operativo Programa de protección social al adulto mayor Colombia Mayor*. Bogotá: Ministerio del Trabajo.
- Mirowsky, J. (1997). Age subjective life expectancy, and sense of control: The horizon hypothesis. *Journal of Gerontology and Psychological Science*. 52, (3). 25-34.
- Moeini, B., Shafii, F., Hidarnia, A., Babaii, G. R., Birashk, B. y Allahverdipour, H. (2008). perceived stress, self-efficacy and its relations to psychological well-being status in iranian male high school students. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 36(2), 257-266.
- Molina, C. y Meléndez, J. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Geriatrics*, 22, 97-105.
- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Prentice Hall
- Murray, M. y Crummett, A. (2010). “I don’t think they knew we could do these sorts of things’: social representations of community and participation in community arts by older people. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 777–785.
- Myers, D. (2008). Religion and Human Flourishing. En M. Eid y Larsen, R. (Eds). *The science of subjective well-being* (pp. 323-343). New York, New York: The Guildford Press.
- Navarro, E., Meléndez, J. C. y Tomás, J. M. (2008). Análisis de las redes sociales en la vejez en función de la edad y el género. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 18(1), 19–25.
- Neugarten, B. L. y Neugarten, D. A. (1986). Age in the aging society. *Daedalus*, 115, 31–49.
- Nussbaum, M. (2011). *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press.
-

- O'Donnell, K., Badrick, E., Kumari, M. y Steptoe, A. (2008). Psychological coping styles and cortisol over the day in healthy older adults. *Psychoneuroendocrinology*, 33(5), 601–611.
- Oishi, S., Diener, E. y Lucas, R. E. (2007). The optimum level of well-being: Can people be too happy? *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), 346–360.
- Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J. C., Molina, C. y Tomás, J. M. (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la República Dominicana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(3), 189–196.
- Ong, A. D. y Allaire, J. C. (2005). Cardiovascular intraindividual variability in later life: the influence of social connectedness and positive emotions. *Psychology and Aging*, 20(3), 476–485.
- Ong, A. D. y Bergeman, C. S. (2004). Resilience and adaptation to stress in later life: Empirical Perspectives and conceptual implications. *Ageing International*, 29(3), 219–246.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L. y Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 730–749.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S. y Boker, S. M. (2009). Resilience comes of age: Defining features in later adulthood. *Journal of Personality*, 77(6), 1777–1804.
- Organización de Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales - UNDESA (2007). *Estudio Económico y Social Mundial: El desarrollo en un mundo que envejece*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Ouwehand, C., de Ridder, D. T. D. y Bensing, J. M. (2008). Individual differences in the use of proactive coping strategies by middle-aged and older adults. *Personality and Individual Differences*, 45(1), 28–33.
- Palloni, A. y McEniry, M. (2007). Aging and health status of elderly in Latin America and the Caribbean: Preliminary findings. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22(3), 263–285.

-
- Panel on Measuring Subjective Well-Being in a Policy-Relevant Framework, Committee on National Statistics, Division on Behavioral and Social Sciences and Education y National Research Council (2013). *Subjective Well-Being: Measuring happiness, suffering and other dimensions of experience*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Pasupathi, M. y Carstensen, L. L. (2003). Age and emotional experience during mutual reminiscing. *Psychology y Aging*, 18, 430-442.
- Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison, C. G. y Wulff, K. M. (2001). Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of presbyterian clergy, elders, and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(3), 497-513.
- Park, C. L. y Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- Paulhus, D. (1998). Interpersonal and intrapsychic adaptiveness of trait self-enhancement: A mixed blessing? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1197-1208.
- Pavot, W. y Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172.
- Pearlin, L. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21.
- Pearlin, L. I., Schieman, S., Fazio, E. M. y Meersman, S. C. (2005). Stress, health, and the life course: Some conceptual perspectives. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(2), 205-219.
- Peña-Trapero, B. (2009). La medición del bienestar social: una revisión crítica. *Estudios de Economía Aplicada*, 27(2), 299-324.
- Pethtel, O. y Chen, Y. (2010). Cross-cultural aging in cognitive and affective components of subjective well-being. *Psychology and Aging*, 25, 725-729.
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., LaCroix, A. Z. y Larson, E. B. (2004). Older adults' views of "successful aging" - how do they compare with researchers' definitions? *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 211-216.
-

- Phillips, S. P., Auais, M., Belanger, E., Alvarado, B. y Zunzunegui, M. V. (2016). Life-course social and economic circumstances, gender, and resilience in older adults: The longitudinal international Mobility in aging study (IMIAS). *SSM - Population Health*, 2, 708–717.
- Pinazo-Hernandis, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales. En S. Pinazo-Hernandis y M. Sánchez-Martínez (Ed.), *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* (pp. 221–258). Valencia, España: Pearson Prentice Hall.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187–224.
- Polk, L. V. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *ANS. Advances in Nursing Science*, 19(3), 1–13.
- Portacolone, E. (2013). The notion of precariousness among older adults living alone in the U.S. *Journal of Aging Studies*, 27(2), 166–174.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K. y Rosenheck, R. A. (2000). Preliminary explorations of the harmful interactive effects of widowhood and marital harmony on health, health service use, and health care costs. *The Gerontologist*, 40(3), 349–57.
- Profamilia, Ministerio de la Protección Social - MPS y USAID (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Bogotá. Colombia: Profamilia, MPS y USAID
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (2014). *Objetivos de desarrollo del milenio: Colombia 2014*. Colombia: PNUD. Recuperado de <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Colombia/informeannualodm2014.pdf>
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M. y Cartwright, F. (2010). A two-factor model of successful aging. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(6), 671–679.
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., Rose, M. y Cartwright, F. (2010). Successful aging: Early influences and contemporary characteristics. *Gerontologist*, 50(6), 821–833.
- Ramírez-Pérez, M. y Lee-Maturana, S. L. (2012). Factores asociados a la satisfacción de vital

-
- en adultos mayores de 60 años. *Polis, Revista de La Universidad Bolivariana*, 11(33), 407–427.
- Redondo, N. (2009). Latin American Region. En E. Palmore, F. Whittington, F. y Kunkel, S. *The international handbook on aging; current research and developments* (pp. 68-93) Santa Barbara, CA: Praeger.
- Reed, A. E. y Carstensen, L. L. (2012). The theory behind the age-related positivity effect. *Frontiers in Psychology*, 3(SEP).
- Reinhardt, J. P., Boerner, K. y Benn, D. (2003). Predicting individual change in support over time among chronically impaired older adults. *Psychology and Aging*, 18(4), 770–779.
- Reyes, M. F., Altamar, P., Aguirre, M. y Murillo, D. (2014). Bienestar en personas mayores en situación de pobreza: Determinantes y significados. *Revista de Psicología*, 23(131), 101–115.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321.
- Richardson, G., Neiger, B., Jenson, S. y Kumpfer, K. (1990). The resilience model. *Health Education*, 21(6), 33–39.
- Robles, R. y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al Español y las propiedades psicométricas de las escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69–75.
- Rook, K. S., Luong, G., Sorkin, D. H., Newsom, J. T. y Krause, N. (2012). Ambivalent versus problematic social ties: Implications for psychological health, functional health, and interpersonal coping. *Psychology and Aging*, 27(4), 912–923. ;
- Rosas, G. (2009). Diseño y validación de un instrumento para evaluar limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de los ancianos. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 7(2), 19-32.
- Rosenstiel A. K. y Keefe F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 17, 33-44.
- Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla, G., Morillo, L., Bautista, L., Rey, O., Camacho, M. y Grupo GENECO (2000). El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como
-

- prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Revista Neurología*, 30, 428-432.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful aging. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-156.
- 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(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., Friedman, E. M., Morozink, J. A. y Tsenkova, V. (2012). Psychological resilience in adulthood and later life: Implications for health. En B. J. Hayslip y G. C. Smith (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics : Emerging perspectives on resilience in adulthood and later life* (pp. 73-92). New York, NY: Springer.
- Ryff, C. D. y Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. D. y Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35, 1103-1119.
- Sagone, E. y Caroli, M. E. (2014). Relationships between psychological well-being and resilience in middle and late adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 141, 881-887.
- Salovey, P., Detweiler, J., Steward, W. y Rothman, A. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55(1), 110-121.

-
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T., Santed, M. y Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Satici, S. A. (2016). Psychological vulnerability, resilience, and subjective well-being: The mediating role of hope. *Personality and Individual Differences*, 102, 68–73.
- Scheidt, R. J., Humpherys, D. R. y Yorgason, J. B. (1999). Successful aging: What's not to like? *The Journal of Applied Gerontology*, 18(3), 277–282.
- Schimmack, U. (2008). The structure of subjective well-being. En M. Eid y Larsen, R. (Eds), *The science os subjective well-being* (pp. 18-43). New York: The Guildford Press.
- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V. y Ahadi, S. (2002). Culture, personality, and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 582–593.
- Schmied, E. A., Padilla, G. A., Thomsen, C. J., Lauby, M. D. H., Harris, E. y Taylor, M. K. (2015). Sex differences in coping strategies in military survival school. *Journal of Anxiety Disorders*, 29, 7–13.
- Schöllgen, I., Huxhold, O. y Schmiedek, F. (2012). Emotions and physical health in the second half of life: interindividual differences in age-related trajectories and dynamic associations according to socioeconomic status. *Psychology and Aging*, 27(2), 338–352.
- Schryer, E. y Ross, M. (2014). Does the age-related positivity effect in autobiographical recall reflect differences in appraisal or memory? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69, 548-556.
- Schulz, R. y Heckhausen, J. (1996). A life-span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Schultz, P., Roditti, M. y Gillette, M. (2009). Resilience, social support, and psychological disturbance in hispanic women residing in a battered women's shelter on the U.S./Mexico Border. *Hispanic Health Care International*, 7(4), 224–230.
- Schwarzer, R. y Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. En E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals*,
-

- vision, and challenges, (pp 19-35). London: Oxford University Press.
- Secretaría Distrital de Integración Social, SDIS (2008). *Plan de desarrollo institucional: Bogotá positiva, una ciudad de derechos 2008–2012*. Bogotá, D.C.: Secretaría Distrital de Integración Social, SDIS.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, *1*(4667), 1383–1392.
- Selye, H. (1976). Forty years of stress research: Principal remaining problems and misconceptions. *Canadian Medical Association Journal*, *115*(1), 53–56.
- Sen, A. (1995). Inequality re-examined. *Oxford Scholarship Online*.
- Shah, S., Vanclaym F. y Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitaiton. *Journal of Clinical Epidemiology*, *42*, 704-709.
- Shallcross, A. J., Ford, B. Q., Floerke, V. A. y Mauss, I. B. (2013). Getting better with age: the relationship between age, acceptance, and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *104*(4), 734–49.
- Sheldon, K. M. y Kasser, T. (2001). Getting older, getting better? personal strivings and psychological maturity across life span. *Developmental Psychology*, *37*(4), 491–501.
- Sherbourne, C. D. y Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, *32*(6), 705-714..
- Shevlin, M., Brunsdan, V. y Miles, J. N. . (1998). Satisfaction with Life Scale: Analysis of factorial invariance, mean structures and reliability. *Personality and Individual Differences*, *25*, 911–916.
- Shotaro S., Masaharu, M., Takayuki, M., Akinori, N. y Gen, K. (2004). Positive coping up- and down-regulates in vitro cytokine productions from T cells dependent on stress levels. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *73*(4), 243-252.
- Siebert, D. C., Mutran, E. J. y Reitzes, D. C. (1999). Friendship and social support: The importance of role identity to aging adults. *Social Work*, *44*(6), 522-533.
- Siegrist, J., Knesebeck, O. y Pollack, C. E. (2004). Social productivity and well-being of older people. A sociological exploration. *Social Theory and Health*, *2*, 243-263.

-
- Sims, T., Hogan, C. L. y Carstensen, L. L. (2015). Selectivity as an emotion regulation strategy: Lessons from older adults. *Current Opinion in Psychology*, 3, 80–84.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269.
- Smalls, B. L., Walker, R. J., Hernandez-Tejada, M. A., Campbell, J. A., Davis, K. S. y Egede, L. E. (2012). Associations between coping, diabetes knowledge, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 34(4), 385–389.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. y Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194–200.
- Sokolovsky, J. (2009). *The cultural context of aging: worldwide perspectives*. Westport, AN: Praeger.
- Sousa, A. C. P. D. A., Guerra, R. O., Tu, M. T., Phillips, S. P., Guralnik, J. M. y Zunzunegui, M. V. (2014). Lifecourse adversity and physical performance across countries among men and women aged 65-74. *PLoS ONE*, 9(8), 1–10.
- Springer, K. W. y Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being: Method, mode, and measurement effects. *Social Science Research*, 35, 1080–1102.
- Springer, K.W., Hauser, R. M. y Freese, J. (2006). Bad news indeed for Ryff's six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35, 1120–1131.
- Steptoe, A., Deaton, A. y Stone, A. A. (2014). Subjective wellbeing , health , and ageing. *The Lancet*, 6736(13), 1–9.
- Steptoe, A., Dockray, S. y Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of Personality*, 77(6), 1747–1776.
- Stroebe, M. y Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *Omega*, 61(4), 237–289.
-

- Strawbridge, W.J., Wallhagen, M. I. y Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727–733.
- Stutzer, A. y Bruno, S. (2005). econstor. *IZA Discussion Papers*, (1811), 2–35.
- Suh, E. (2000). Self, the hyphen between culture and subjective well-being. En E. Diener y E. Suh (Eds). *Culture and subjective well-being*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Sun, X., Chan, D. W. y Chan, L. K. (2016). Self-compassion and psychological well-being among adolescents in Hong Kong: Exploring gender differences. *Personality and Individual Differences*, 101, 288–292.
- Tay, L. y Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), 354–365.
- Taylor, D. (2011). Wellbeing and welfare: A psychosocial analysis of being well and doing well enough. *Journal of Social Policy*, 40(4), 777-794.
- Taylor, S. E., Lerner, J. S., Sherman, D. K., Sage, R. M. y McDowell, N. K. (2003). Are self-enhancing cognitions associated with healthy or unhealthy biological profiles? *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(4), 605–615.
- Teo, T. (2009). Philosophical concerns in critical psychology. En D. Fox, I. Prileltensky y S. Austin. S. (Eds.). *Critical psychology: An introduction*. London: SAGE.
- Thalmayer, A. G., Saucier, G. y Eigenhuis, A. (2011). Comparative validity of Brief to Medium-Length Big Five and Big Six Personality Questionnaires. *Psychological Assessment*, 23(4), 995–1009.
- Thompson, S. y Spacapan, S. (1991). Perceptions of control in vulnerable populations. *Jornal of Social Issues*, 47, 1-21.
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C. y Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20(2), 304–310.
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., Sancho, P. y Mayordomo, T. (2012). Adaptation and initial validation of the brcs in an elderly spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(4), 283–289.
- Tomás, J. M., Sancho, P., Meléndez, J. C. y Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as

-
- predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging y Mental Health*, 16, 317–326.
- Tomás, J., 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.
- Triadó, C. (2003). Envejecer en entornos rurales. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I, nº 19.
- Triandis, H. (2000). Cultural syndromes and subjective well-being. En E. Diener y E. Suh (Eds). *Culture and subjective well-being* (pp. 13-36). Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Tugade, M. y Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320–333.
- Turner, A. J., Nikolova, S., & Sutton, M. (2016). The effect of living alone on the costs and benefits of surgery amongst older people. *Social Science and Medicine*, 150, 95–103.
- Uchino, B. N., Holt-Lunstad, J., Uno, D. y Flinders, J. B. (2001). Heterogeneity in the social networks of young and older adults: Prediction of mental health and cardiovascular reactivity during acute stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(4), 361–382.
- Ungar, M. (2010). What is resilience across cultures and contexts? Advances to the theory of positive development among individuals and families under stress. *Journal of Family Psychotherapy*, 21, 1–16.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs - UNDESA, Population Division (2015a). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.241*. Recuperado de: <http://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs - UNDESA, Population Division (2015b). *World Population Prospects: The 2015 Revision*. Recuperado de: <http://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>
- Utz, R. L., Carr, D., Nesse, R. y Wortman, C. B. (2002). The effect of widowhood on older adults’ social participation: an evaluation of activity, disengagement, and continuity
-

- theories. *The Gerontologist*, 42(4), 522–533.
- Vahia, I. V., Thompson, W. K., Depp, C. A., Allison, M. y Jeste, D. V. (2012). Developing a dimensional model for successful cognitive and emotional aging. *International Psychogeriatrics*, 24, 515–523.
- Vaillant, G. y Mukamal, K. (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 158, 839–847.
- Vaillant, G. E. y Vaillant, C. O. (1990). Natural history of male psychology health, XII: A 45- year study of predictors of successful aging at age 65. *American Journal of Psychiatry*, 147, 31-37.
- van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629–643.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24, 1–34.
- Vera-Noriega, J. Á., Sotelo-Quiñones, T. I. y Domínguez-Guedea, M. T. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 57–78.
- Verma, S. (2016). Understanding the relationship between resilience and psychological well-being among adolescents in single and mixed shelter homes. *Indian Journal of Positive Psychology*, 7(3), 335–338.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J. y Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(4), 407–417.
- Villar, F. (2012). Successful ageing and development: the contribution of generativity in older age. *Ageing and Society*, 32(7), 1087–1105.
- Wagnild, G. y Young, H. (1990). Resilience among older women. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 22, 252-255.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: evolution of the concept. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290–297.

-
- Waterman, A. (1990). The relevance of Aristotle's conception of eudaimonia for the psychological study of happiness. *Theoretical & Philosophical Psychology*, 10, 39-44.
- Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691.
- Waterman, A. S., Schwartz, S. J. y Conti, R. (2008). The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation. *Journal of Happiness Studies*, 9, 41-79.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Werner, E. y Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient youth and children*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Wild, K., Wiles, J. L. y Allen, R. E. S. (2013). Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Ageing and Society*, 33(1), 137-158.
- Wiles, J. L., Wild, K., Kerse, N. y Allen, R. E. S. (2012). Resilience from the point of view of older people: "There's still life beyond a funny knee". *Social Science and Medicine*, 74(3), 416-424.
- Williams, K. (2004). The transition to widowhood and the social regulation of health: Consequences for health and health risk behavior. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(6), S343-S349.
- Wilson, A. y Ross, M. (2003). The identity function of autobiographical memory: Time is on our side. *Memory*, 11, 137-149.
- Windle, G. (2010). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169.
- Windle, G. y Bennett, K. M. (2011). Resilience and caring relationships. En M. Ungar (Ed.), *The Social Ecologies of Resilience* (pp. 219-232). New York, NY: Springer.
- Windle, G., Markland, D. A. y Woods, R. T. (2008). Examination of a theoretical model of
-

- psychological resilience in older age. *Aging Ment Health*, 12(3), 285–292.
- Wood, W., Rhodes, N. y Whelan, M. (1989). Sex differences in positive well-being: A consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin*, 106(2), 249–264.
- Woods, C. M. (2006). Careless responding to reverse-worded items: Implications for confirmatory factor analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(3), 189–194.
- World Bank. (2016). *Global Economic Prospects* Volume 8. Washington, DC.: World Bank.
- Wu, C. H. y Yao, G. (2006). Analysis of factorial invariance across gender in the Taiwan version of the Satisfaction with Life Scale. *Personality and Individual Differences*, 40, 1259–1268.
- Wu, Z. Q., Sun, L., Sun, Y. H., Zhang, X. J., Tao, F. B. y Cui, G. H. (2010). Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. *Aging y Mental Health*, 14(1), 108–112.
- Young, Y., Frick, K. D. y Phelan, E. A. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(2), 87–92.
- Zamarrón, M. D. y Fernández-Ballesteros, R. (2000). Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes. *Revista de Geriatría y Gerontología*, 35(2), 17-29.
- Zambrano-Cruz, R. (2011). Revisión sistemática de personalidad NEO (NEO-PI). *Psicología desde el Caribe*, 27, 179-198
- Zautra, A., Hall, J. y Murray, K. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. En J. Reich, A. Zautra, A. y J. Hall (Eds). *Handbook of adult resilience* (pp. 3-24). New York, NY: The Guilford Press.
- Zautra, A. J., Smith, B., Affleck, G. y Tennen, H. (2001). Examinations of chronic pain and affect relationships: Applications of a dynamic model of affect. *Journal of Consulting y Clinical Psychology*, 69(5), 786–795.

Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. y Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.

Zimmer-Gembeck, M. J., Skinner, E. A., Zimmer-Gembeck, M. y Skinner, E. (2014). The development of coping: Implications for psychopathology and resilience. *Developmental Psychopathology*. En D. Cicchetti (Ed.), *Risk, resilience, and intervention* (pp. 1-63). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Anexos

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

1.- Sexo: (1) Hombre (2) Mujer

2.- Edad (número): _____

3.- Estado Civil: (1) Casado/a (2) Soltero (3) Viudo (4) Separado/Divorciado

4. Nivel Socioeconómico - Estrato

(1) NSE1 (2) NSE2 (3) NSE3 (4) NSE4 (5) NSE5 (6) NSE6 (7) Rural

5. Nivel de escolaridad alcanzado

01 Sin estudios y no sabe leer ni escribir	06 Bachillerato completo
02 Sin estudios y sabe leer y escribir	07 Técnico – tecnólogo
03 Primaria sin terminar	08 Universitario incompleto
04 Primaria completa	09 Universitario completo
05 Bachillerato incompleto	10 Postgrado

6. Tiene hijos/as: (1) Si (2) No 6.1. En caso afirmativo indicar **cuantos** _____

7. Lugar donde vive:

(1) Casa propia (2) Casa arrendada (3) Casa de familiares (4) Arrienda habitación

8. Con quien vive

(1) Solo (2) Con esposa (3) Con hijos
(4) Con esposa e hijos (5) Con otros familiares

9. Ingresos: Recibe pensión (1) No recibe pensión (2) Recibe subsidio del estado (3)

10. Nivel de ingresos que percibe

(1) Menos de SSMLV 500.000 COP (2) 500.000 – 1'000.000 COP
(3) 1'000.000 -3'000.000 COP (4) 3'000.000 – 5'000.000 COP
(5) Más de 5'000.000 COP

11. Ocupación actual: respuesta múltiple

01 Trabaja 02 Estudia 03 Hogar
04 Pertenece a grupos de ocio y recreación 05 Voluntariado 06 Otro? Cuál

12. Ocupación anterior

01 Trabajo profesional 02 Trabajo técnico o tecnólogo
03 Trabajo no calificado 04 Hogar

13. Valore su salud en el último año en comparación con la gente de su edad

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Salud: Me gustaría que me dijera si usted presenta algún tipo de enfermedad? SI (1)
NO (2)

15. ¿Cuál o cuáles? Marque con x según corresponda en la siguiente tabla. Respuesta múltiple

Enfermedades cardiovasculares (arritmias, hipertensión arterial, aterosclerosis, entre otras).	01	Enfermedades oftalmológicas (ceguera, cataratas, astigmatismo, hipermetropía, miopía entre otras).	06
Enfermedades sistema respiratorio (asma, EPOC, insuficiencia respiratoria, entre otras).	02	Trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, entre otras)	07
Enfermedades neurológicas (parkinson, alzheimer, epilepsia, distrofia muscular, meningitis, entre otras).	03	Osteoporosis	08
Enfermedades Digestivas (gastritis, ulcera péptica, colon irritable, hepatitis, cirrosis)	04	Cáncer	09
Enfermedades reumáticas (artritis, artrosis y enfermedades tejido conectivo, gota).	05	Otra ¿Cuál? o ¿Cuáles?	10

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

ORIENTACIÓN

/5 Diga en que : 1. Año : _____ estamos 2. Mes : _____ 3. Fecha : _____
4. Día/semana : _____ 5. Hora : _____

/5 1. País: _____ 2. Ciudad : _____ 3. Departamento : _____
4. Lugar : _____ 5. Piso : _____

/3 **MEMORIA** Diga estas tres palabras : casa, mesa, árbol.

/5 **ATENCIÓN Y CÁLCULO** Restar a 100 de 7 en 7 (93, 86, 79, 72, 65)

(Entrevistador: Si la persona no puede dígame que cuente de 10 hasta 1 al revés, pero no lo puntúe)

EVOCACIÓN

/3 Diga las palabras presentadas anteriormente : Casa: __ Mesa: __ Arbol: __

/2 **LENGUAJE** Denominar : Reloj : __ Lápiz : __

/1 **Repetir** : “En un trigal habían cinco perros” _____

/3 **Comprensión** : “Tome la hoja con la mano derecha, dóblela por la mitad y póngala en la mesa” _____

/3 **Ordenes:** Cierre los ojos, Escriba una frase, Copie el diseño.

/30 **Total - Puntos de corte:** Estudios primarios o más puntuaciones mayores o iguales a 24. Alfabetos sin estudios puntuaciones mayores o iguales a 21. Analfabetas puntuaciones mayores o iguales a 17/28.

INDICE DE BARTHEL

Comida		
	10	Independiente. capaz de utilizar cualquier instrumento necesario ; come en un tiempo razonable ; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí sólo. La comida puede situarse al alcance.
	5	Necesita ayuda: ej. para cortar la carne, extender mantequilla... pero puede comer sólo.
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.
Lavado (Baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
	5	Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna (ej : lavarse manos o cara, peinarse) incluye afeitarse y lavarse los dientes.
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda.
Deposición		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia.
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal.
Micción		
	10	Continente. NINGUN ACCIDENTE. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (pañal, botella, sonda, orinal,...).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas.
Ir al sanitario		
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.
Traslado (traslado cama/sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.
Deambulaci3n		
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n.
	0	Dependiente.
Subir y bajar escaleras		
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones.
	/100	SUMATORIA TOTAL

BRCS (Brief Resilient Coping Scale, Sinclair & Kenneth, 2004)

¿Hasta qué punto las siguientes afirmaciones describen su manera de reaccionar ante las dificultades? Conteste, en una escala de 1 a 5, marcando 1 si la afirmación no refleja nada una reacción típica en Vd. y 5 cuando la afirmación refleja su forma habitual de responder. (Entrevistador: Ayudarse de la tarjeta)

1. Busco formas creativas de enfrentarme a las situaciones difíciles

1 2 3 4 5

2. No importa lo que me ocurra, confío en que puedo controlar mi reacción

1 2 3 4 5

3. Creo que puedo aprender cosas positivas cuando afronto situaciones difíciles

1 2 3 4 5

4. Busco de forma activa la forma de reemplazar las pérdidas que encuentro en la vida

1 2 3 4 5

ESCALA EBR

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre pensamientos y sentimientos que las personas adultas podemos experimentar en cualquier momento de la vida. Señale hasta qué punto se las aplicaría a usted mismo/a en esta etapa de su vida. No existen respuestas correctas ni incorrectas. Conteste todas las preguntas. (Ent: Mostrar tarjeta)

Marque con una X la opción de respuesta que mejor refleje su situación utilizando la siguiente escala:

1: Muy inadecuado para describirme

2: Bastante inadecuado para describirme

3: Algo inadecuado para describirme

4: Algo adecuado para describirme

5: Bastante adecuado para describirme

6: Muy adecuado para describirme

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas

1 2 3 4 5 6

2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones

1 2 3 4 5 6

3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente

1 2 3 4 5 6

4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida

1 2 3 4 5 6

5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga

1 2 3 4 5 6

6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad

1 2 3 4 5 6

7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo

1 2 3 4 5 6

8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar

1 2 3 4 5 6

9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí

1 2 3 4 5 6

10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto

1 2 3 4 5 6

11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo

1 2 3 4 5 6

12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas

1 2 3 4 5 6

13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones

1 2 3 4 5 6

14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo	1	2	3	4	5	6
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	1	2	3	4	5	6
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	1	2	3	4	5	6
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general	1	2	3	4	5	6
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	1	2	3	4	5	6
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	1	2	3	4	5	6
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo	1	2	3	4	5	6
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	1	2	3	4	5	6
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	1	2	3	4	5	6
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo	1	2	3	4	5	6
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí	1	2	3	4	5	6
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	1	2	3	4	5	6
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla	1	2	3	4	5	6

CAE

A continuación se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar (hacerle frente) los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Señale el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican (0 la afirmación NO lo identifica a usted para nada y 4 lo identifica a usted demasiado).. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año). (Ent: Mostrar tarjeta)

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia ;	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4

12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35. Recé	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES (Mendoza-Nuñez y Martínez-Maldonado, 2009)

A continuación encontrará una serie de preguntas sobre sus redes de apoyo, recuerde que no existen respuestas correctas ni incorrectas. Conteste sinceramente.

RED INFORMAL FAMILIAR: Por Favor marque con una X la respuesta que mejor refleje su situación actual, si usted no tiene pareja por favor no conteste y marque con una X acá (No aplica)

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla con su cónyuge?	No lo(a) veo y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes (1)	Una o dos veces al mes (2)	Una vez a la semana o más (3)				
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo emocional ¹ (1)	Apoyo instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)				
3. ¿En qué grado esta satisfecho(a) con el apoyo que le proporciona su cónyuge?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

Si usted no tiene hijos por favor no conteste y marque con una X acá (No aplica)

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla con sus hijos?	No lo(a) veo y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes (1)	Una o dos veces al mes (2)	Una vez a la semana o más (3)				
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con sus hijos (as)?	Apoyo emocional ¹ (1)	Apoyo instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)				
3. ¿En qué grado esta satisfecho(a) con el apoyo que le proporciona sus hijos (as)?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

Si usted no tiene familiares próximos por favor no conteste y marque con una X acá (No aplica)

1. Con qué frecuencia ve y habla con sus familiares o parientes?	No lo(a) veo y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes (1)	Una o dos veces al mes (2)	Una vez a la semana o más (3)				
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona estas personas?	Apoyo emocional ¹ (1)	Apoyo instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)				
3. ¿En qué grado está satisfecho (a) con el apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

RED NFORMAL EXTRAFAMILIAR: Por Favor marque con una X la respuesta que mejor refleje su situación actual, si usted no tiene amigos por favor no conteste y marque con una X acá (No aplica)

1. Con qué frecuencia ve y habla con sus amigos (as)?	No los(as) veo y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes (1)	Una o dos veces al mes (2)	Una vez a la semana o más (3)				
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo emocional ¹ (1)	Apoyo instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)				
3. ¿En qué grado está Satisfecho (a) con el apoyo que le proporcionan sus amigos(as)?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

Determinantes del bienestar en la vejez en población colombiana

Si usted no tiene apoyo comunitario por favor no conteste y marque con una X acá (No aplica)								
1. Con qué frecuencia acude usted al grupo comunitario?	No acudo (0)		Menos de una vez al mes (1)		Una o dos veces al mes (2)		Una vez a la semana o mas (3)	
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona este (os) grupo(s)?	Apoyo emocional ¹ (1)		Apoyo instrumental ² (1)		Apoyo Material ³ (1)		Apoyo Informativo ⁴ (1)	
3. ¿En qué grado esta satisfecho(a) con el apoyo que le proporciona el grupo al que acude?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

RED FORMAL INSTITUCIONAL: Por Favor marque con una X la respuesta que mejor refleje su situación actual, si usted no tiene una red institucional por favor no conteste y marque con una X acá (No aplica)

1. Con qué frecuencia recibe este apoyo?	No recibo apoyo (0)		Menos de una vez al mes (1)		Una o dos veces al mes (2)		Una vez a la semana o más (3)	
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la institución?	Apoyo emocional ¹ (1)		Apoyo instrumental ² (1)		Apoyo Material ³ (1)		Apoyo Informativo ⁴ (1)	
3. ¿En qué grado está satisfecha (o) con el apoyo que recibe?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

¹Apoyo emocional: afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.

²Apoyo instrumental: cuidado, transporte, labores del hogar

³Apoyo material: dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios

⁴Apoyo informativo: Promoción de la salud, ubicación de redes de apoyo, intercambio de experiencias.

PUNTAJE TOTAL

SOLO para el entrevistador: Para obtener el puntaje total sume la calificación máxima de las preguntas 1 y 3. En la pregunta 2, la calificación es acumulativa (si tiene los cuatro tipos de apoyo el puntaje es 4).

Pregunta 1(Contacto social)					Pregunta 2(Apoyos recibidos)								
Cónyuge	0	1	2	3	Cónyuge	1	1	1	1				
Hijos (as)	0	1	2	3	Hijos (as)	1	1	1	1				
Familiares	0	1	2	3	Familiares	1	1	1	1				
Apoyo familiar(suma)					Apoyo familia (suma)								
Amigos (as)	0	1	2	3	Amigos (as)	1	1	1	1				
Apoyo comunitario	0	1	2	3	Apoyo comunitario	1	1	1	1				
Apoyo extrafamiliar (suma)					Apoyo extrafamiliar (suma)								
Apoyo social institucional	0	1	2	3	Apoyo social institucional	1	1	1	1				
Apoyo institucional(suma)					Apoyo institucional(suma)								
Pregunta 3(satisfacción de apoyos recibidos)													
Cónyuge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Hijos (as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Familiares	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Apoyo familiar (suma)													
Amigos (as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Apoyo comunitario	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Apoyo extrafamiliar (suma)													
Apoyo social institucional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Apoyo institucional (suma)													

Debe sumar los números marcados en los cuadros. Así obtendrá el puntaje crudo. Posteriormente, deberá buscar el equivalente del puntaje ponderado.

	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderada
Apoyo familiar		
Apoyo Extrafamiliar		
Apoyo Social Institucional		
Puntaje Global		

BIENESTAR SUBJETIVO – SATISFACCIÓN CON LA VIDA DIENER

Más abajo hay cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indique su acuerdo con cada una poniendo el número apropiado en la línea anterior al número de cada afirmación. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente. (ENT: Mostrar tarjeta)

1 Completamente en desacuerdo 2 En desacuerdo 3 Más bien en desacuerdo 4 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5 Más bien de acuerdo 6 De acuerdo 7 Completamente en de acuerdo

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Las condiciones de vida son excelentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Estoy satisfecho con mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

PANAS

Indique como se ha sentido usted a lo largo de la **ÚLTIMA SEMANA**, valore del 1 al 5 las siguientes palabras (ENT: Mostrar tarjeta):

1. Muy poco o nada, 2. Algo, 3. Moderadamente, 4. Bastante, 5. Extremadamente

1. Motivado/a		11. Irritable	
2. Molesto/a		12. Alerta	
3. Emocionado/a		13. Avergonzado/a	
4. De malas		14. Inspirado/a	
5. Firme		15. Nervioso/a	
6. Culpable		16. Decidido/a	
7. Temeroso		17. Atento/a	
8. Agresivo		18. Inquieto	
9. Entusiasmado/a		19. Activo/a	
10. Orgullosa/a		20. Inseguro	

Indique como se siente usted **GENERALMENTE**, valore del 1 al 5 las siguientes palabras:

1. Muy poco o nada, 2. Algo, 3. Moderadamente, 4. Bastante, 5. Extremadamente

1. Motivado/a		11. Irritable	
2. Molesto/a		12. Alerta	
3. Emocionado/a		13. Avergonzado/a	
4. De malas		14. Inspirado/a	
5. Firme		15. Nervioso/a	
6. Culpable		16. Decidido/a	
7. Temeroso		17. Atento/a	
8. Agresivo		18. Inquieto	
9. Entusiasmado/a		19. Activo/a	
10. Orgullosa/a		20. Inseguro	

